BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

0 1 2 3 4 5 (cm)

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 48.2.89.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

M. CHAUVEL
Secrétaire général,

ET

MM. Ch. MONOD et S. POZZI
Secrétaires annuels.



TOME XIV. — 1888.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1888



PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1888

Président........................	MM. POLAILLON.
Vice-Président..................	LE DENTU.
Secrétaire général..............	CHAUVEL.
Secrétaires annuels.............	MONOD et POZZI.
Trésorier.........................	SCHWARTZ.
Archiviste........................	TERRIER.

MEMBRES HONORAIRES

MM.

3 novembre 1875.	— Blot, titulaire de	1861
19 octobre 1887...	— Cruveilhier, titulaire de	1868
23 janvier 1861...	— Deguise	1844
29 mars 1882.....	— Dubreuil	1872
5 mai 1886......	— Duplay	1850
28 mars 1886.....	— Guéniot	1868
15 mars 1876.....	— Guérin (Alphonse)	1853
22 novembre 1882.	— Guyon (Félix)	1863
3 mars 1886.....	— L. Labbé	1865
20 décembre 1867.	— Larrey (baron)	1849
9 mai 1877.......	— Le Fort (Léon)	1865
6 mars 1872......	— Legouest	1859
28 mars 1860.....	— Maisonneuve. — M. fondateur	1843
9 mars 1881.....	— Marjolin. — M. fondateur	1843
25 janvier 1860...	— Monod. — M. fondateur	1843
11 mai 1887......	— Ollier, de Lyon	
19 mai 1880......	— Perrin (Maurice), titulaire de	1865
26 mai 1880......	— Panas	1865
9 juillet 1879....	— Paulet	1868
23 février 1887...	— Poncet, de Cluny	
4 décembre 1867.	— Richet	1852
27 mars 1850......	— Ricord	1844
27 octobre 1886...	— Sée	1868
19 décembre 1883.	— Tarnier	1865
26 mai..........	— Trélat	1861
15 juillet 1885....	— Verneuil	1852

MEMBRES TITULAIRES

MM.

16 février 1876.... — ANGER (Théophile).
12 juin 1878...... — BERGER.
12 mars 1884 ..... — BOUILLY.
4 janvier 1882... — CHAUVEL.
3 janvier 1877... — DELENS.
19 janvier 1853... — DESORMEAUX.
25 octobre 1865... — DESPRÉS.
8 juin 1870...... — HORTELOUP.
13 mai 1885...... — HUMBERT.
30 décembre 1885. — KIRMISSON.
12 juin 1872...... — LANNELONGUE.
9 juillet 1873.... — LE DENTU.
30 juin 1875...... — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.
11 décembre 1872. — MAGITOT.
3 mai 1882....... — MARCHAND.
7 juillet 1880.... — MONOD (Ch.).
29 juillet 1887.... — NÉLATON.
1 avril 1874..... — NICAISE.
14 avril 1875 ..... — PERIER.
9 juin 1886...... — PEYROT.
2 avril 1873..... — POLAILLON.
27 avril 1881 ..... — POZZI.
10 mai 1887...... — QUENU.
18 avril 1883...... — RECLUS.
4 janvier 1888... — REYNIER (P.).
6 décembre 1882. — RICHELOT.
27 février 1867.... — DE SAINT-GERMAIN.
1er décembre 1886. — SCHWARTZ.
9 février 1887.... — SEGOND.
15 juillet 1874.... — TERRIER.
22 octobre 1879... — TERRILLON.
31 janvier 1866... — TILLAUX.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX.

MM. Anckelet, à Vailly-sur-Aisne (Aisne).
Arlaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon.
Aubrée, professeur à l'École de médecine de Rennes.
Azam, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
Baizeau, médecin inspecteur de l'armée.
Baudon, à Nice.
Beau, à Toulon (marine).
Benoit, professeur à la Faculté de Montpellier.
Berchon, directeur du service sanitaire de la Gironde, à Pauillac.
Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine.
Bœckel (Jules), à Strasbourg.
Bœckel (Eugène), à Strasbourg.
Boissarie, à Sarlat.
Bouchacourt, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
Bourgeois, à Étampes (Seine-et-Oise).
Bourguet, chirurgien de l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône).
Bousquet, professeur à l'École de Clermont-Ferrand.
Bruch, professeur à l'École d'Alger.
Cauchois, à Rouen.
Cazin, à Boulogne.
Champenois, médecin inspecteur de l'armée.
Chapplain, professeur à l'École de médecine de Marseille.
Chedevergne, professeur à l'École de médecine de Poitiers.
Chipault, à Orléans.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.

MM. Combalat, professeur à l'École de médecine de Marseille.
Cras, professeur à l'École navale de Brest.
Dauvé, médecin inspecteur de l'armée.
Davat, à Aix-les-Bains.
Delacour, directeur de l'École de médecine de Rennes.
Delore, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
Demons, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Denucé, ex-professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
Desgranges, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
Devalz, à Bordeaux.
Dezanneau, professeur à l'École de médecine d'Angers.
Diday, ex-chirurgien de l'Antiquaille à Lyon.
Dieu, médecin principal de l'armée.
Duboué, à Pau.
Dubreuilh (Ch.), chirurgien de la Maternité de Bordeaux.
Duménil, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
Duplouy, professeur à l'École navale de Rochefort.
Ehrmann, à Mulhouse.
Fleury, professeur à l'École de médecine de Clermont.
Folet, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
Gaujot, médecin inspecteur de l'armée.
Gayet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
Gross, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Guermonprez, à Lille.
Herrgott, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Heurtaux, professeur à l'École de médecine de Nantes.
Heydenreich, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Houzel, à Boulogne-sur-Mer.
Hue (Judes), à Rouen.
Jouon, professeur à l'École de médecine de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lannelongue, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
Larger, à Maisons-Laffitte.
Malherbes fils, professeur à l'École de médecine de Nantes.
Martel, chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo.
Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Mollière (Daniel), chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
Mouchet, à Sens.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, au Mans.
Mourlon, médecin principal de l'armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Oré, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Paquet, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

MM. PATRY, à Sainte-Maure (Indre-et-Loire).
PILATE, chirurgien de l'hôpital d'Orléans.
POINSOT, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
PONCET (A.), professeur à Lyon.
POULET, médecin major de l'armée.
PRAVAZ, à Lyon.
QUEIREL, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
RAIMBERT, à Châteaudun.
ROCHARD, médecin inspecteur général de la marine à Paris.
RIBELL, chirurgien de l'hospice de la Grave à Toulouse.
ROBERT, médecin principal de l'armée.
ROUX, à Marseille.
SIRUS-PIRONDI, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
SALMON, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
SILBERT, à Aix.
STOLZ, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Nancy.
SURMAY, à Ham.
THOLOZAN, médecin principal de l'armée (Perse).
THOMAS (Louis), à Tours.
TURGIS, à Falaise.
VAST, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
VÉDRÈNES, médecin inspecteur de l'armée.
VIARD, à Montbard (Côte-d'Or).
VIBERT, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Puy.
VILLENEUVE, chirurgien des hôpitaux à Marseille.
WEISS, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René Duval, fondateur d'un prix annuel de 300 francs.

Édouard Laborie, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc Gerdy, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles Huguier, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, destinée à favoriser les publications scientifiques de la Société.

Demarquay, fondateur d'un prix biennal.

Paul Guersant, — Lenoir, — Payen, — Velpeau, — Gerdy, — baron Larrey, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION

MM.

1844. — A. Bérard.
1845. — Michon.
1846. — Monod.
1847. — Lenoir.
1848. — Robert.
1849. — Cullerier.
1850. — Deguise père.
1851. — Danyau.
1852. — Larrey.
1853. — Guersant.
1854. — Denonvilliers.
1855. — Huguier.
1856. — Gosselin.
1857. — Chassaignac.
1858. — Bouvier.
1859. — Deguise fils.
1860. — Marjolin.
1861. — Laborie.
1862. — Morel-Lavallée.
1863. — Depaul.
1864. — Richet.
1865. — Broca.
1866. — Giraldès.

MM.

1867. — Follin.
1868. — Legouest.
1869. — Verneuil.
1870. — A. Guérin.
1871. — Blot.
1872. — Dolbeau.
1873. — Trélat.
1874. — Maurice Perrin.
1875. — Le Fort.
1876. — Houel.
1877. — Panas.
1878. — Félix Guyon.
1879. — S. Tarnier.
1880. — Tillaux.
1881. — de Saint-Germain.
1882. — Léon Labbé.
1883. — Guéniot.
1884. — Marc Sée.
1885. — S. Duplay.
1886. — Horteloup.
1887. — Lannelongue.
1888. — Polaillon.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

MM.

6 janvier 1864..... — ADAMS-ROBERT, Dublin.
12 janvier 1887..... — ALBERT, Vienne.
11 janvier 1882..... — ARLT, Vienne.
11 août 1875....... — BOWMANN, Londres.
4 janvier 1888 .... — BRYANT, Londres.
16 janvier 1884 .... — CORRADI, Milan.
7 janvier 1880 .... — DEROUBAIX, Liège.
5 janvier 1870 .... — DONDERS, Utrecht.
5 janvier 1870 .... — HELMHOLTZ.
4 janvier 1888 .... — HOLMES (Th.), Londres.
7 janvier 1880 .... — LISTER, Londres.
10 janvier 1877..... — LONGMORE, Netley-Southampton.
10 janvier 1877..... — MICHAUX, Louvain.
6 janvier 1864..... — PAGET (James), Londres.
21 janvier 1885..... — PELLIZARRI, Florence.
20 janvier 1886 .... — REVERDIN (J.), Genève.
16 janvier 1884..... — SOUPART, Gand.
6 juillet 1859 ..... — SCANZONI, Wurzbourg.
21 janvier 1885..... — SKLIFOSSOWSKY, Moscou.
12 janvier 1887..... — THOMPSON, Londres.
11 janvier 1882..... — WELLS (SPENCER), Londres.
20 janvier 1886 .... — TILANUS, Amsterdam.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM.

10 janvier 1877..... — Amabile, Naples.
11 janvier 1882..... — Annandale, Édimbourg.
8 janvier 1868..... — Barbosa, Lisbonne.
13 janvier 1869..... — Bardeleben, Berlin.
26 novembre 1845. — Bassow, Moscou.
31 décembre 1862.. — Back, Fribourg-en-Brisgau.
8 janvier 1879..... — Bigelow, Boston.
31 octobre 1851.... — Birkett, Londres.
3 janvier 1865..... — Billroth (Th.), Vienne.
17 septembre 1851. — Borelli, Turin.
3 janvier 1865..... — Brown-Sequard.
13 janvier 1869.... — Broodhurst, Londres.
13 janvier 1864.... — Bruns (Victor), Tübingen.
20 mars 1867....... — Buren (Van), New-York.
22 décembre 1852.. — Burgrœve, Gand.
4 janvier 1888..... — Ceccherelli, Parme.
31 décembre 1861... — Coote (Holmes), Londres.
31 décembre 1862.. — Cornaz, Neufchâtel.
6 juillet 1859...... — Crede, Leipzig.
3 juin 1857....... — Crocq, Bruxelles.
3 janvier 1865.... — Emmert (F.-G.), Berne.
8 janvier 1862..... — Esmarch, Kiel.
6 juillet 1859..... — Fabri, Ravenne.
6 juillet 1859..... — Friedberg (H.), Berlin.
9 janvier 1879..... — Galli, Lucques.
13 janvier 1869.... — Gautier, Genève.
13 janvier 1864.... — Gherini, Milan.
4 janvier 1888..... — Gori, Amsterdam.
9 janvier 1879.... — Gritti, Milan.
29 août 1855....... — Hammer, Saint-Louis (Missouri).
26 décembre 1855.. — Hannover, Copenhague.

MM.

15 septembre 1852. — HEWETT (Prescott), Londres.
30 octobre 1854.... — HEYFELDER (fils), Saint-Pétersbourg.
2 janvier 1865.... — HUMPHRY (G.-M.), Cambridge.
31 décembre 1862.. — HUTCHINSON (J.), Londres.
16 janvier 1884..... — JULLIARD, Genève.
13 janvier 1869.... — KRASSOWSKI, Saint-Pétersbourg.
21 janvier 1885.... — LEWIS STIMSON, New-York.
6 juillet 1859...... — LARGHI, Bologne.
16 janvier 1884..... — LUCAS (Clément), Londres.
6 juillet 1859...... — MAC-LEOD, Glascow.
12 janvier 1887.... — MAYDL, Vienne.
22 octobre 1856.... — MAYOR, Genève.
13 janvier 1864.... — MELCHIORI (Giovanni), Milan.
3 janvier 1883..... — MOSETIG-MOORHOF, Vienne.
8 janvier 1868.... — PEMBERTON, Birmingham.
8 janvier 1862.... — PIACHAUD, Genève.
21 janvier 1885.... — PLUM, Copenhague.
12 janvier 1887.... — RÉVERDIN (A.), Genève.
6 juillet 1859...... — RIED, Iéna.
7 janvier 1880.... — ROSE, Zurich.
11 août 1875....... — ROUGE, Lausanne.
7 janvier 1880.... — SABOIA, Rio-Janeiro.
2 janvier 1856.... — SAND-COX, Birmingham.
3 janvier 1883..... — SANDS, New-York.
31 décembre 1862.. — SANGALLI, Pavie.
21 janvier 1885.... — SALTZMANN, Helsingfors.
10 janvier 1877..... — SAXTORPH, Copenhague.
20 mars 1867....... — SIMON (John), Londres.
20 janvier 1886.... — SOCIN, Bâle.
3 janvier 1865.... — STEPHEN-SMITH, New-York.
21 janvier 1885.... — STUDSGART, Copenhague.
31 décembre 1862.. — SPERINO (Casimir), Turin.
31 décembre 1862.. — TESTA, Naples.
20 janvier 1886.... — TIRIAR, Bruxelles.
11 janvier 1882..... — ZANCAROL, Alexandrie (Égypte).

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Archives de médecine militaire. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin de la Société anatomique. — Bulletin de la Société de médecine de Paris. — Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux. — Bulletin général de thérapeutique. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette médicale de Paris. — Gazette obstétricale. — Gazette d'ophthalmologie. — Journal de médecine de Paris. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Moniteur thérapeutique. — Le Praticien. — Progrès médical. — Recueil d'ophtalmologie. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue médicale. — Revue des maladies de l'enfance. — Revue des sciences médicales. — Thérapeutique contemporaine. — Tribune médicale. — Union médicale.

Alger médical. — Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du nord de la France. — Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Comptes rendus de la Société de médecine de Toulouse.— Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Gannat. — Gazette médicale de Strasbourg. — Journal de médecine de l'Ouest. — Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — La Loire médicale. — Lyon médical. — Marseille médical. — Mémoires de la Société de médecine de Lyon. —Mémoires de la Société de médecine de Nancy.—Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon. — Montpellier médical. — Revue médicale de l'Est. — Revue médicale de Toulouse. — Société médicale de Reims. — Union médicale du Nord-Est. — Union médicale de la Seine-Inférieure.

Annales de l'Association Larrey (Mexico). — Annals of Surgery (Brooklyn). — Boston medical and surgical Journal. — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — British medical Journal (Londres). — Cronica-medico-quirurgica de la Habana. —Encyclopedia

medico-farmaceutica (Barcelone). — Escuela de medicina (Mexico). — Comptes rendus de la Société de chirurgie de Moscou. — Gazetta medica italiana lombardia (Milan). — Giornale internazionale delle scienze mediche (Naples). — L'Indipendente (Turin). — Journal and proceedings of the royal Society of New South Wales (Sydney). — The Practitioner (Londres).—Proceedings of the royal Society (Londres). — Proceedings of the pathological Society (Londres). — Revista internationale de Medicina e Chirurgia. — Smithsonian institution (Washington). — Transactions of the royal medico-chirurgical Society (Londres).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie dispose de quatre prix : le prix DUVAL, le prix LABORIE, le prix GERDY et le prix DEMARQUAY ; *les deux premiers sont annuels, les deux derniers sont biennaux.*

Le prix DUVAL a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde à titre d'encouragement un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations,

« Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. » Les aides-médecins de la marine nommés au concours sont assimilés aux internes des hôpitaux (4 novembre 1885).

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1887 jusqu'au 1er novembre de l'année 1888 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1888. Par la bienveillance de M. le Dr MARJOLIN, membre fondateur de la Société, le montant du prix Duval est porté de 100 à 300 francs à partir de 1886; le prix ne pourra être partagé.

Le prix Édouard LABORIE a été fondé par Mme veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris en 1868 les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la

séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Aux termes du testament, la Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents.

La Société a décidé, dans sa séance du 16 décembre 1874, que la question serait toujours donnée deux années à l'avance, et que les compétiteurs devraient se soumettre aux règles adoptées pour le prix Laborie, règles énoncées plus haut.

Le prix Demarquay a été fondé par Jean-Nicolas Demarquay, qui a légué à la Société de chirurgie une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal. Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance; les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Après un rapport du Secrétaire général, lu en comité secret, le 16 décembre 1874, la Société a également décidé que les *membres titulaires* de la Société de chirurgie de Paris seraient *seuls exclus* des concours pour les prix Laborie, Gerdy et Demarquay.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

NOUVELLE SÉRIE

SÉANCE ANNUELLE

(11 janvier 1888.)

DISCOURS DE M. LANNELONGUE, PRÉSIDENT SORTANT.

Messieurs,

L'article 20 des statuts oblige le président à vous présenter, au début de cette séance solennelle, un rapport sur la situation financière et morale de la Société.

J'aborderai successivement ces deux parties de ma tâche, et je suis d'autant plus heureux d'accomplir ce devoir, que mon sentiment, conforme probablement au vôtre, est que cette année n'a pas été inférieure aux précédentes. Je serai bref sur le premier point; car, si je ne vous donne pas le détail des chiffres, ce que vous n'attendez pas de moi, j'en suis certain, vous apprendrez avec satisfaction que l'état de nos finances est très prospère.

Grâce aux soins, à l'habileté et à la régularité du précédent trésorier en qui vous aviez placé votre confiance durant plusieurs années et qui l'a pleinement justifiée, vos ressources se sont accrues dans de bonnes proportions. Aussi M. Berger a-t-il pu transmettre ses pouvoirs, sans crainte de difficultés budgétaires présentes ou futures, et avec la satisfaction d'avoir mérité tous vos éloges, heureux d'avoir rempli sa mission au gré de tous. Mais, s'il emporte vos regrets, il vous laisse un successeur vigilant et sûr qui doit vous donner tout repos: j'ai nommé M. Schwartz.

Votre bureau a craint un instant d'avoir à vous entretenir de la nécessité de chercher une autre résidence. Vous n'ignorez pas, en effet, qu'une de nos ressources budgétaires se trouve dans les sous-locations que nous faisons de divers côtés. Or, l'édification du palais des Sociétés savantes nous a menacés un instant. Votre bureau s'en est ému et a pris l'initiative de faire visiter les locaux du nouveau palais par le secrétaire général et le trésorier. Il ressort de leur démarche que nous pouvons être rassurés, car notre installation ici est très supérieure à celle que nous pourrions trouver là.

L'amélioration que nous venons de constater dans vos finances était une nécessité en présence de l'extension que prend chaque année la publication de vos bulletins ; ils forment actuellement un volume qui devient de plus en plus considérable. Certes il n'y aurait pas lieu de s'en plaindre, car ce serait là une marque évidente de votre prospérité scientifique, si la discussion et les rapports n'y tenaient pas une très grande place, à mon avis, une trop grande place. Cela veut dire, en effet, que la plus grande partie de vos séances est consacrée au procès-verbal, ce qui retarde et ajourne parfois à une époque lointaine les communications originales. Cette tendance qui va s'accusant sans cesse a amené une diminution notable des travaux personnels, et les mémoires proprement dits sont aujourd'hui trop rares dans votre riche publication. Notre Société cultive presque exclusivement le fait d'observation clinique, accumulant ainsi, il est vrai, de très nombreux documents isolés, mais n'ayant plus pour but d'édifier une proposition nouvelle, de fournir des aperçus ingénieux ou étendus, de faire une innovation dans les habitudes ou dans les doctrines.

Toutefois, si c'est là un reproche qu'on puisse vous adresser, vous n'êtes pas seuls à le mériter, car il s'applique à presque toutes les sociétés savantes, lorsque les hommes qui les composent n'y ont accès qu'après avoir franchi une période de luttes longues et difficiles, ce qui les met dans l'obligation de se consacrer en entier à la pratique de leur art.

Aussi peut-on hardiment plaider en votre faveur les circonstances atténuantes, car, dans l'ensemble, vous représentez plutôt un pouvoir régulateur et pondéré que novateur et aventureux. Néanmoins, vos discussions prouvent aisément qu'il y a chez vous une ardeur, une conviction et une force susceptibles des entreprises hardies, ne se rendant pas l'esclave des traditions, sachant s'affranchir même de la doctrine lorsqu'elle n'a pas pour elle la sanction du résultat.

Nous avons perdu cette année deux membres honoraires éminents: le professeur Gosselin, dont M. le secrétaire général va retracer la vie exemplaire dans un instant ; Giraud-Teulon qui fut un de nos

collaborateurs assidus et un des membres les plus utiles dans la Société.

D'autres pertes ont eu lieu parmi les correspondants nationaux et étrangers. Ce sont : Maunoury le père (de Chartres); Sarazin, ancien médecin de l'armée; Cauvy (de Béziers); Langenbeck (de Berlin).

Pour réparer ces pertes et combler les vides, nous avons nommé, dans le cours de l'année, Associés et Correspondants étrangers : Thompson (de Londres), Albert (de Vienne), Reverdin (de Genève), Tilanus (d'Amsterdam).

Correspondants nationaux : Bruch (d'Alger), Mouchet (de Sens) et Heydenreich (de Nancy).

Membres titulaires : Segond, Quenu et Nélaton.

Enfin nous avons nommé membres honoraires : Poncet (du Val-de-Grâce), Ollier (de Lyon) et Cruveilhier.

Tous nos nouveaux collègues nous ont donné des preuves de leur zèle et de leur activité scientifique. Je tiens à leur souhaiter aujourd'hui la bienvenue, persuadé que, par leur assiduité et leur labeur, ils maintiendront les traditions qui nous ont été léguées par nos devanciers.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ
PENDANT L'ANNÉE 1887,

Par M. TERRILLON, secrétaire annuel.

MESSIEURS,

Avant de commencer à vous parler des travaux les plus importants qui seront publiés dans votre *Bulletin*, permettez-moi de vous remercier bien sincèrement de la manière toute courtoise dont vous avez bien voulu accueillir, chaque semaine, le procès-verbal des séances. Je vous remercie aussi de l'exactitude avec laquelle vous avez fait parvenir vos communications manuscrites, ce qui a beaucoup facilité la tâche de votre secrétaire.

L'année 1887 a été marqué par plusieurs discussions intéressantes sur les sujets les plus nouveaux de la chirurgie, c'est sur eux que j'insisterai surtout dans ce compte rendu.

L'*Intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale* a été discutée à propos d'une communication de M. le professeur Verneuil. L'opportunité de la laparotomie, les indications de l'anus artificiel, sur l'S iliaque, et même sur le cœcum (M. Ledentu), ont été choisies avec soin, et, malgré l'obscurité que présente cette

application difficile de la chirurgie, ceux qui lisent vos bulletins pourront trouver des enseignements utiles ; l'étude des faits que vous avez publiés leur suggérera des réflexions salutaires, quand ils se trouveront en présence d'un étranglement interne.

Vous avez vu renaître la discussion, toujours intéressante, sur la *suture des nerfs et le rétablissement de la conductibilité*, à propos d'une communication de M. Polaillon. Les faits curieux de retour de la sensibilité après les réunions secondaires et tardives, ont provoqué la lecture de plusieurs observations, telles que celles de M. Tillaux et de M. Ehrmann de (Mulhouse).

L'explication de ces phénomènes reste cependant encore indécise, et elle semble contraire aux résultats obtenus par les physiologistes et par les anatomistes. Cependant, restent des faits bien observés qui démontrent le rétablissement de la sensibilité. L'explication réelle et définitive sera donnée plus tard.

A propos des *plaies de tête par armes à feu*, vous avez vu les orateurs émettre des idées un peu contradictoires, mais toutes appuyées sur des faits bien observés.

Cependant, ce qui a le plus frappé, dans cette discussion, est le fait suivant : un grand nombre de balles ont pu pénétrer dans le crâne, y séjourner sans provoquer d'accidents. Quelques malades n'ont même éprouvé que des symptômes insignifiants au début. Quant à la recherche du projectile, elle a été condamnée par la plupart des orateurs, au moins primitivement.

L'enseignement qui ressort de cette discussion est qu'il faut, aussitôt après l'accident, traiter ces plaies avec une rigoureuse antisepsie, afin d'empêcher les accidents inflammatoires presque toujours mortels.

L'application du *chloroforme à la trachéotomie*, à propos d'un rapport de M. Le Dentu, a passionné un instant nos débats. Les faits nombreux d'anesthésies précédant la trachéotomie ont démontré l'innocuité de ce moyen et la facilité qu'elle donne à l'opérateur ; elle a montré aussi, phénomène inattendu, qu'on pouvait obtenir, chez l'enfant, un calme relatif et une amélioration dans la gêne de la respiration. C'est là une méthode qui, grâce à notre discussion, pourra entrer plus largement dans la pratique.

Vous avez plusieurs fois entendu parler des balles de revolvers de petit et de moyen calibre, et aussi des balles des fusils de guerre. Vous savez que les désordres qu'elles produisent varient suivant leur volume et leur vitesse.

Mais on retiendra, des discussions qui ont eu lieu ici, que la recherche des balles ne doit être faite que rarement au début ou dans des conditions spéciales ; que les petites balles au-dessous de 6 ou 7 millimètres sont bien tolérées par le derme. Quant aux

projectiles plus volumineux, il faut les enlever quand on peut le faire sans grand danger, car ils provoquent toujours, tôt ou tard, des accidents mortels ou graves, ou bien ils nécessitent des lésions sérieuses pour aller à leur recherche. Telle est l'opinion défendue par MM. Poncet et Chauvel.

La résection de l'astragale pour les pieds bots paralytiques avec équinisme, et surtout pied varus prononcé, a aussi appelé votre attention.

Plusieurs exemples bien nets de réussite immédiate vous ont été présentés. Je parle des ablations pratiquées chez des enfants ayant dépassé treize à quatorze ans.

Quelques-uns d'entre vous ont préféré recommander, même dans ce cas, les appareils orthopédiques, surtout les appareils à traction élastique ; mais ces moyens sont lents, souvent pénibles et ne peuvent être comparés à l'ablation de l'astragale ; celle-ci, qu'elle soit pratiquée seule ou unie à quelque autre résection, donne un résultat rapide, certain et particulièrement flatteur pour la chirurgie.

M. Monod vous a montré le bon effet des greffes tendineuses. Qu'elles agissent par elles-mêmes en remplaçant définitivement le tissu manquant, ou bien qu'elles agissent par une véritable action qu'on pourrait appeler action de présence, ainsi que le croient certains chirurgiens, elles n'en sont pas moins utiles.

Un savant rapport de M. Horteloup sur le *Traitement des abcès de la fosse ischio-rectale* provoqua une discussion intéressante, dans laquelle MM. Berger et Reclus se montrèrent partisans de l'ouverture large et surtout de la section de la paroi ano-rectale, dans le but d'empêcher le développement d'une fistule anale consécutive.

Quelques-uns de nos collègues ont réagi contre cette tendance et démontré que, souvent, on pouvait guérir les abcès de la fosse iliaque par une ouverture large, sans intéresser la paroi rectale. M. Terrier soutint cette opinion, qui ne fut pas partagée par M. Trélat, lequel adopta l'opinion de Reclus.

Je ne parlerai qu'en passant de la longue discussion sur *l'Origine des kystes dentaires*, provoquée par un rapport de M. Magitot. MM. Reclus et Kirmisson ont essayé de démontrer à M. Magitot que l'origine périostique, défendue par lui, était au moins douteuse. M. Magitot, s'appuyant sur des théories déjà anciennes touchant la genèse des cellules, ne s'est pas déclaré battu. Mais la Société de Chirurgie, entre ces deux opinions, n'avait pas à prendre un parti. Chacun de nous conserve sa libre appréciation ; il en est de même de tous ceux qui liront ces débats.

Plusieurs d'entre vous ont montré ici des malades ayant subi

des opérations intéressantes et, la plupart, nouvelles. M. Bouilly, M. Pozzi, moi-même, avons présenté des malades opérés par la méthode d'Alexander, qui consiste dans le raccourcissement des ligaments ronds pour réduire une rétroversion utérine douloureuse.

M. Richelot a présenté un cas intéressant d'une exstrophie compliquée de la vessie.

M. Bouilly, à propos de l'opération d'Estlander, vous a montré un malade opéré par lui avec succès.

Deux malades ont été opérés pour tumeurs du corps thyroïde dont l'une fut enlevée par M. Anger

Enfin M. Terrier vous a décrit un nouveau procédé d'ablation du rein sous le nom de *néphrectomie transpéritonéale*.

J'en passe et des plus intéressantes.

Parmi les pièces anatomiques présentées devant vous, permettez-moi de citer les cas de salpingite et pyo-salpingite présentés par MM. Bouilly, Pozzi, Rouvier et votre secrétaire.

Ces pièces, extraites par une laparotomie audacieuse, qui a toujours donné d'excellents résultats, vous ont montré qu'on pouvait hardiment ouvrir le péritoine pour débarrasser les malades d'une lésion grave, ordinairement inguérissable par les seuls efforts de la nature et capable de provoquer des accidents graves et mortels.

M. Bouilly présenta un rein cancéreux; M. Reclus, des pièces intéressantes d'anus iliaque, etc.

Enfin, l'année 1887 a été couronnée par une longue discussion, digne de vos bulletins, et qui prouve combien la chirurgie la plus moderne a des partisans convaincus parmi vous.

Commencée à propos d'une observation qui n'avait cependant pas pour point de départ un fait de *cure radicale*, puisqu'il s'agissait d'une hernie congénitale étranglée, la discussion a pris, grâce au travail du rapporteur M. Richelot, une allure digne de son importance. D'abord localisée aux hernies inguinales congénitales, elle porta presque exclusivement sur les différentes méthodes adoptées pour traiter le sac et le collet du sac. Les uns, avec Lucas-Championnière, Richelot, Terrier, proposaient, dans presque tous les cas, la résection totale du sac et sa section aussi haut que possible, près du péritoine, après ligature préalable. Les autres, prévoyant des difficultés spéciales, surtout dans le cas de graves hernies congénitales, avec ou sans ectopie testiculaire, proposaient la résection partielle du sac ou le capitonnage du *trajet vagino-péritonéal* sur une certaine étendue. J'étais le représentant de cette pratique. Mais bientôt une longue communication de M. Berger, sur l'utilité des bandages, fit dévier la discussion

qui devint bientôt générale et permit d'aborder tous les points relatifs à la *cure radicale des hernies.*

Procédé opératoire, indications générales, suivant le volume et la contention de la hernie, et suivant l'âge des malades, telles ont été les principales questions soulevées par les différents orateurs.

Doit-on la pratiquer chez les enfants, ainsi que le veut M. Lucas-Championnière, ou attendre le début de l'âge adulte, selon la plupart des autres orateurs? C'était le point délicat de la discussion. Alors s'engagea la bataille; la mêlée devint bientôt générale. MM. Terrier, Segond, insistèrent sur la qualité et l'innocuité de l'intervention dans le plus grand nombre des cas. M. Trélat resta dans quelques réserves, car sa confiance dans le bandage est encore assez grande pour lui permettre de poser ce précepte général : Toute hernie, quelle qu'elle soit, qui n'est pas complètement, constamment et facilement contenue par un bandage, est justiciable de la cure radicale.

M. Le Fort, à peu près du même avis, a expliqué longuement qu'un bandage bien fait et bien appliqué pouvait suffire le plus souvent; il s'est efforcé de ramener les chirurgiens à une appréciation plus calme de cette intervention, qu'il trouve un peu hardie. M. Verneuil, également, prêchait la sagesse.

Finalement, Messieurs, et cela malgré les plus éminents contradicteurs, on peut affirmer qu'actuellement cette opération, si utile et si brillante, dans la plupart des cas, a pris droit de cité devant la Société de Chirurgie; grâce à elle, un bon nombre de hernieux incommodés et menacés seront non seulement soulagés, mais guéris, et nous béniront.

Telle est, rapidement esquissée, l'histoire des principaux travaux de la Société de Chirurgie en 1887.

J'en oublie un grand nombre qui auraient pu être mentionnés; beaucoup de noms aussi auraient pu être cités, qui le méritent à tous les titres, mais je termine, car j'aurais la crainte d'abuser de votre patience et de retarder la lecture plus intéressante et plus substantielle de M. le secrétaire général sur la vie et les œuvres de notre maître regretté, le professeur Gosselin.

NOTICE

SUR LA VIE ET LES TRAVAUX

DU PROFESSEUR A.-L. GOSSELIN

Membre et ancien président de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, etc., etc.

Par M. CHAUVEL,

Secrétaire général.

Être de l'Institut, diriger un jour les débats de l'Académie des sciences ; beau rêve, que peu d'hommes ont le droit de faire, même au déclin d'une vie consacrée tout entière au travail, que moins encore ont l'heureuse fortune de voir se réaliser. Si, pour tous, l'accès est difficile, bien plus difficile est-il, cependant, pour les médecins et les chirurgiens militants. Il semble que l'exercice de notre profession rend, même les plus éminents, presque indignes de siéger près des autorités de la science pure. Serait-ce que le contact journalier de l'humaine nature amoindrit les caractères, abaisse les sentiments et déprime les âmes ? Serait-ce que le fait de soigner, de soulager et parfois de guérir les infirmités corporelles, est au-dessous des intelligences d'élite ? Mathématiciens, chimistes, astronomes entrent à l'Institut dans la force de l'âge et la maturité du talent ; pour les médecins, pour les chirurgiens surtout, la soixantaine ouvre seule le droit de s'y porter candidat. C'est dire ce qu'il leur faut accumuler de veilles, de travaux, de titres scientifiques, pour aspirer à ce suprême honneur. Cet honneur, le professeur Gosselin avait su s'en montrer digne, et la mort le frappa Président de la section scientifique de l'Institut de France.

Messieurs, quand on aborde, pour l'analyser, la condenser en quelques pages, l'œuvre d'un maître d'hier, deux impressions opposées peuvent bientôt se développer.

Tantôt on s'étonne qu'un homme de telle renommée ait fait si mince besogne, émis si peu d'idées nouvelles, de conceptions hardies, d'aperçus ingénieux ; tantôt, devant l'abondance des matériaux accumulés, on reste surpris, presque effrayé, de la grandeur du monument qu'une carrière bien remplie peut élever à la science.

Ainsi m'ont étonné les travaux du professeur Gosselin, et je me

demande encore comment, avec les concours, le professorat, l'hôpital, la clientèle, les obligations de la vie, il trouva du temps pour penser ces milliers de pages, des heures pour les écrire.

Ces pages, je me suis pris à les relire, depuis le *Compendium de chirurgie pratique*, où je fis mes premières armes d'étudiant, jusqu'aux trois volumes de la *Clinique de la Charité*, testament du praticien, consciencieux plus encore que savant. Et, pendant plus d'un mois, j'ai vécu de l'œuvre du maître, charmé de retrouver une fois encore l'école du bon sens et de la sagacité.

Cette œuvre est vraiment colossale, car, pendant plus de quarante-cinq années, Gosselin a travaillé sans relâche. La souffrance seule fit tomber la plume de ses mains.

J'étais, je serais resté, sans doute, fort embarrassé pour vous en exposer méthodiquement l'ordonnance, si l'un des plus jeunes et des plus aimés disciples du maître, son neveu, M. Paul Reynier, aujourd'hui notre collègue, ne m'eût fait l'honneur de me confier, en même temps que ses principaux mémoires, quelques pages manuscrites où le regretté professeur s'est fait lui-même mon conseil et mon guide.

Inspirées par le courant scientifique de l'époque, ses recherches changent avec lui. A ses débuts, domine, en même temps que le culte de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, la passion des procédés exacts, rapides, mathématiques dans l'exécution des opérations. Bientôt la découverte des anesthésiques vient modifier de fond en comble les conditions de l'intervention chirurgicale; puis, par l'hygiène hospitalière, on cherche à prévenir les accidents infectieux des plaies, fléau des grands services et des grands hôpitaux. Enfin, dans la dernière période de son existence active, Gosselin voit naître, grandir, s'affirmer, comme une loi, la doctrine de l'antisepsie en chirurgie.

A ces phases successives du courant scientifique, l'agrégé, le chef des travaux anatomiques, le chirurgien des hôpitaux, le professeur de clinique, prend une part considérable. Mais non moins précieux sont ses autres travaux, fruit de l'observation attentive au lit des malades, résumé d'une longue pratique, conclusion d'une multitude de faits laborieusement recueillis. Telle est la division adoptée dans ces pages, jugement porté par l'auteur sur l'œuvre de sa vie, à l'heure où les tortures d'une maladie déjà longue et l'épuisement de ses forces lui disent clairement que ses derniers jours sont venus. Cette division est simple, elle est naturelle; nous la prenons de lui.

Anatomie, physiologie pathologique. — En 1841, Interne des hôpitaux et Aide d'anatomie, Gosselin combat l'opinion, alors gé-

néralement admise, de la *non-viabilité* des cartilages diarthrodiaux et épiphysaires. Prosecteur, il étudie dans sa thèse de doctorat les articulations à fibro-cartilages, le rôle important de ces derniers comme soutiens des jointures, comme agents de certains mouvements; il montre, par ses injections, les nombreux canaux excréteurs de la partie de la glande lacrymale cachée dans la paupière. C'est à la Société de biologie que, devenu Chef des travaux anatomiques, il communique ses observations sur la longue durée du mouvement des cils vibratiles des voies respiratoires, sur la situation précise de l'orifice, le plus souvent unique, du sinus maxillaire.

Passé maître dans la préparation des pièces les plus délicates, Gosselin s'aperçoit un jour que, chez certains sujets, malgré le temps, malgré la pression, ni le mercure, ni l'essence de térébenthine, plus subtile, ne pénètrent dans les tubes sécréteurs du testicule. Il existe dans la queue de l'épididyme, à la suite de ses inflammations, des oblitérations complètes ou incomplètes des canaux excréteurs de la semence. Le fait anatomique mis hors de doute, que devient dans ces cas la glande séminale, que devient la sécrétion spermatique? La clinique, interrogée, répond que, si la glande conserve son volume et sa consistance apparente, si l'éjaculation et la puissance génitale persistent, le sperme est dépourvu de tout élément fécondant. Cette cause de stérilité peut être permanente; elle n'est que temporaire, si l'induration se résout, si l'oblitération disparaît. Esprit investigateur, Gosselin, dans ses recherches, constate la fréquence des kystes du testicule et de ses annexes; il voit que certains, apanage de la vieillesse, ne déterminent aucun trouble; que les autres, plus volumineux, à liquide opalin, contiennent des spermatozoïdes. Résultat probable de la rupture de canaux excréteurs, ces derniers, susceptibles par leur accroissement d'altérer les fonctions de la glande, doivent être traités par les injections iodées. Souveraines contre l'hydrocèle vaginale simple, ces injections ne donnent plus un succès égal quand la séreuse testiculaire s'est doublée de fausses membranes épaisses. Un traitement énergique est ici nécessaire, et ce traitement, c'est l'enlèvement des néo-membranes, la *décortication*, qui respecte la glande. Opération, rationnelle sans doute, mais difficile, dangereuse, la décortication, parfois insuffisante, ne fut pas acceptée sans conteste. Gosselin dut reconnaître les dangers de sa méthode, et, pour les amoindrir, il conseilla de provoquer par des injections la suppuration préalable de la poche. En tout cas, il la croyait préférable à la castration, et, dans sa lettre à notre très distingué collègue, à notre président désigné, M. Polaillon, en 1885, il prend énergiquement sa défense. Dans une note ma-

nuscrite plus récente, il admet toutefois que le *raclage* avec la curette de Volkmann, *décortication partielle*, *fragmentée*, mettrait plus sûrement à l'abri de la lésion des voies excrétoires et de la septicémie.

Prêt à écrire un traité des maladies du testicule, riche de matériaux personnels, Gosselin préfère donner au public français, avec l'assistance de son interne, aujourd'hui le professeur Peter, une traduction de l'ouvrage de Curling, très apprécié en Angleterre. Au texte du chirurgien de Londres, il ajoute des notes précieuses sur l'anémie testiculaire, l'hydrocèle, l'hématocèle vaginale, et sur le varicocèle, pour lequel il rejette toute intervention, estimant bien à tort, nous le savons aujourd'hui, que l'opération peut entraîner l'atrophie de la glande. Toutes les additions portent le cachet du tempérament pratique du traducteur. Plus tard, dans ses Leçons cliniques, le professeur revient encore sur ce sujet de sa prédilection : l'influence exercée par les maladies du testicule et de ses annexes sur l'appareil génital tout entier.

C'est pendant ses fonctions de Chef des travaux de l'Ecole pratique, que Gosselin étudie les kystes synoviaux de la main et du poignet, montre la disposition habituelle de la séreuse des tendons fléchisseurs, et prouve l'existence de *cryptes* ou *follicules* synovipares articulaires, dont l'oblitération et le développement morbide, est l'origine des tumeurs connues sous le nom incorrect de *ganglions*.

Des recherches sur l'opération de la cataracte par abaissement, sur le trajet intra-oculaire des liquides absorbés à la surface de l'œil, le conduisent à essayer l'eau sucrée dans les brûlures de l'œil par la chaux, à prescrire les douches oculaires répétées, les instillations d'eau alcoolisée, dans le traitement des conjonctivites catarrhale et purulente.

Anesthésie chirurgicale. — Le monde était encore dans l'enthousiasme soulevé par la découverte de l'anesthésie chirurgicale, que déjà quelques morts par l'éther et par le chloroforme venaient jeter le doute dans la confiance du public, dans la conscience des médecins.

Leur fallait-il donc abandonner la précieuse conquête, et, dépositaires de la vie humaine, renoncer à supprimer la souffrance par crainte d'accidents mortels ? Comme tout agent énergique, l'éther, le chloroforme, sont d'un maniement difficile et périlleux. Mais comment amènent-ils la mort ? Gosselin, trompé par des expériences, croit à la paralysie subite du cœur par le contact direct de l'anesthésique avec la fibre cardiaque, avec la séreuse de l'endocarde. Bientôt il reconnaît son erreur; mais, à l'Académie de mé-

decine comme à la Société de chirurgie, dans sa Clinique, à l'Institut comme dans l'Encyclopédie internationale de chirurgie, il ne cesse de défendre avec passion, avec une conviction profonde, l'innocuité du chloroforme convenablement administré. Si parfois, entraîné par la lutte, il émet une proposition hasardée, avance que l'anesthésique, même légèrement impur, n'est pas dangereux pour qui sait s'en servir, il n'hésite pas à revenir sur ses pas, mais sans jamais céder sur le fond. Pour lui, la méthode des *intermittences* appliquée mathématiquement, suivant les règles qu'il édicte, met *sûrement* à l'abri des accidents mortels.

Que cette façon d'agir : lenteur, prudence, modération dans les doses, intermittences fréquentes, libre ou large entrée à l'air sitôt qu'une irrégularité semble se produire, ait pour résultat de rendre l'anesthésie moins périlleuse, il est permis de le croire, bien qu'en somme la chose soit discutable. Mais y voir un préservatif assuré contre les morts possibles, subites, foudroyantes, nous ne le pouvons pas. Élève de Sédillot, nous n'acceptons pas sa formule : *Le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais.* Elle exprime une erreur dangereuse, elle fait peser sur le médecin malheureux un soupçon souverainement injuste.

Quand Gosselin rejetait l'appareil titré de Paul Bert, disant que la même quantité de chloroforme ne convient pas à tous ; quand il donnait comme avantage de la simple compresse, la possibilité de proportionner les doses à la susceptibilité des sujets, il avouait, sans le vouloir reconnaître, que toute méthode peut se trouver en défaut. Entre *l'expérience* qui nous montre des morts par les doses les plus faibles, dans les mains les plus sûres, malgré des précautions infinies, et la *théorie* qui n'accuse que l'excès de chloroforme inspiré, nous prenons nettement parti pour l'expérience.

Est-ce (on a osé l'écrire) parce que cette doctrine dégage la responsabilité du chirurgien ?

Nous avons l'âme trop haute pour recourir à de tels moyens. Dans l'accomplissement de notre belle et noble tâche, maîtres, mais responsables aussi de la vie des malheureux qui nous ont donné leur confiance, le devoir est seul notre guide. Si l'événement trahit parfois notre attente, si un accident, un désastre impossible à prévenir, vient traverser nos desseins, il nous frappe au cœur même, et si longue que soit la carrière, son souvenir cruel ne nous quitte jamais. Continuons donc à faire profiter nos malades des bienfaits de l'anesthésie. Sans leur en exagérer les dangers, apprenons-leur qu'il n'est pas en ce monde si petit bien qui ne se paie, et que la douleur, la crainte de la souffrance, ont tué jadis plus de gens que le chloroforme n'en fit jamais mourir. . . . .

Hygiène hospitalière. — J'ai, dans ma vie chirurgicale, disait en 1878, le professeur Gosselin, à la tribune de l'Académie, traversé, en ce qui concerne la genèse des infections traumatiques, trois périodes distinctes. Dans la première, de 1845 à 1860, j'étais *fataliste ;* il me suffisait d'avoir poursuivi les lésions jusqu'aux parties les plus reculées, je ne songeais pas à les prévenir.

Les belles études du professeur Le Fort, en montrant à nos chirurgiens, un peu surpris, les résultats favorables obtenus en Angleterre d'opérations chez nous presque fatalement mortelles, ouvraient d'autres perspectives. L'habileté manuelle ne pouvait être mise en cause. Alors pourquoi nos revers? pourquoi les succès de l'étranger?

Demandez-le à l'hygiène, disait M. Le Fort, et, d'une étude opératoire, naît une longue discussion sur la salubrité des hôpitaux. Gosselin embrasse avec ardeur ces idées nouvelles, et, dans son rapport, il réclame pour les hôpitaux anciens, pour les hôpitaux à construire, des améliorations : diminution des salles, suppression des rideaux de lit, ventilation naturelle, réfectoires, salles de rechange, etc..., que beaucoup attendent encore aujourd'hui. Après une profession de foi si nette, on est péniblement surpris de voir le maître, deux ans plus tard, dans la brillante discussion qui amène à la tribune, presque tous les membres de la Société de Chirurgie, combattre les petits hôpitaux, les hôpitaux à la campagne, et prendre parti pour le nouvel Hôtel-Dieu. Cependant dans ses salles de la Pitié, il combattait par l'isolement, par l'hygiène physique et morale, l'érysipèle, dont le pouvoir contagieux ne lui paraissait plus discutable, l'infection purulente, forme la plus grave des accidents des plaies.

Pansements, antisepsie. — En pansements comme en hygiène, Gosselin fut longtemps indifférent. Sa thèse sur les pansements rares prouve son absence de convictions solides.

Jusqu'en 1871, ses idées sur l'origine des fièvres traumatiques manquent de la netteté qui lui est habituelle; mais, à l'Academie, à propos de l'infection purulente, il se montre ardent défenseur de la doctrine septicémique, doctrine née des travaux de Darcet, de Sédillot, essentiellement française, et que, faute d'un nom précis, les Allemands se sont appropriée, pour nous la renvoyer comme leur.

Le bien de cette théorie, c'est qu'elle conduit à la prophylaxie, à la recherche des moyens d'empêcher la formation, de prévenir la résorption de ces poisons septiques, dont la nature reste encore inconnue.

Grâce aux travaux de Pasteur, cette prophylaxie fut bientôt

réalisée ; Lister, Alphonse Guérin, créèrent les premiers pansements préservateurs. Depuis que l'antisepsie chirurgicale n'est plus contestée, hors par quelques hommes doués d'une foi robuste dans la valeur des anciennes pratiques, on peut discuter sur le mode d'action des substances antiseptiques, sur leur valeur relative. Agissent-elles comme *germicides* ? agissent-elles en modifiant les tissus, les liquides, en les rendant incapables de se laisser pénétrer, attaquer, détruire par les microbes septiques, impuissants à favoriser leur multiplication ou l'éclosion de leurs germes ? Gosselin n'a pas cessé de se rattacher à cette dernière explication.

Aussi, dans ses Leçons sur les pansements des plaies (1876), dans ses Cliniques encore (1879), en dehors du Lister qu'il trouve trop compliqué, il professe à l'égard des divers antiseptiques une indifférence absolue, et les réunit volontiers, comme pour additionner leurs vertus. La gangrène de la moelle osseuse, la décomposition et la résorption des produits de l'inflammation exagérée, sont pour lui la cause des accidents des plaies. C'est alors qu'il entreprend avec son élève A. Bergeron, sur le sang, le pus placés dans des bocaux, puis sur le sang contenu dans ses vaisseaux, des expériences destinées à fixer les effets et le mode d'action des substances employées dans les pansements antiseptiques. Il constate, à côté de l'action germicide, une action *coagulante* intra et extra-vasculaire, déterminant par les modifications des tissus, cet état de *frigidité*, d'imputrescence, qui retarde, s'il ne les supprime, l'inflammation et la suppuration.

Peu importe les agents ; on les voit changer d'un jour à l'autre, et la technique de la veille n'est plus celle du lendemain. Aux pansements fréquents ont succédé les pansements rares, permanents ; les substances absorbantes conduisent à la suppression du drainage : l'important est de réaliser la propreté idéale. Cependant les lésions des grands os, les fractures par coups de feu, ne profiteront réellement des progrès de l'antisepsie que le jour où, n'attachant plus une importance exclusive à la théorie germicide, les chirurgiens seront pénétrés de l'idée qu'il faut mettre l'antiseptique en contact plus ou moins prolongé avec le trajet des plaies canaliculaires.

Telle était la conviction de Gosselin ; mais, tout en luttant contre les applications rigoureuses de la théorie, il sut, bien qu'un peu tardivement, profiter des progrès réalisés, et plus convaincu à mesure que s'accumulaient les faits et les preuves, il regrettait de quitter la chirurgie, au moment où la sécurité des opérations lui ouvrait tant de voies nouvelles.

Travaux cliniques. — Élève de Louis, le professeur de la Cha-

rité donnait à l'observation clinique, à l'expérience basée, non sur de vagues souvenirs, mais sur des chiffres, l'autorité qu'elles méritent. Parmi les affections qui ont spécialement appelé son attention, les lésions des os occupent un des premiers rangs. Avec J. Regnault, il démontre en 1849, la non-existence de la membrane médullaire des os longs. Plus tard, il décrit avec soin les fractures spiroïdes de l'extrémité inférieure du tibia, le double V des deux fragments, la fissure se prolongeant jusqu'à l'article, et si, dans son premier mémoire, trompé par deux faits malheureux, il en fait un tableau trop assombri, il ne tarde pas à reconnaître que cette gravité est absolument exceptionnelle et spéciale aux cassures compliquées de plaie et de broiement de la moelle osseuse. Cependant le pronostic, même dans les cas simples, comporte certaines réserves, car ici, comme dans d'autres fractures de la jambe et des os longs en général, il est des déplacements irréductibles, des déformations auxquelles on ne remédie pas. De telles remarques dans sa bouche ont une importance d'autant plus grande, qu'il apportait dans l'application de ses appareils des soins plus minutieux. Il sufisait pour s'en convaincre de suivre quelques jours son service, et la lecture de ses Leçons cliniques le démontre mieux encore.

Nous regrettons de ne pouvoir analyser ces conférences si claires, si simples, qui gravent dans l'esprit du lecteur, sans le surcharger de détails, les phases principales du processus réparateur dans les solutions de continuité des os. Dans la description de chaque fracture, même netteté dans l'étude, même simplicité dans les moyens d'action conseillés. Gosselin y signale les ostéites hypertrophiantes si communes après les lésions traumatiques du coude ; les épanchements articulaires du genou et de la hanche, dans les fractures du fémur les plus simples ; les avantages de l'appareil modifié d'Hennequin pour l'extension continue, les précautions que nécessite la convalescence. L'atrophie du triceps, fait constant, durable, ne peut seule expliquer les troubles fonctionnels qui suivent les fractures transversales de la rotule.

Dans une lettre adressée à notre collègue, M. Berger, le maître fait jouer le rôle principal à l'écartement considérable des fragments, obstacle à la transmission fructueuse des contractions de l'extenseur de la jambe. Il rappelle que ces troubles fonctionnels, bien loin de s'aggraver diminuent avec le temps, et qu'en suivant les malades plus longtemps qu'on ne le fait, tel qui n'avait qu'un membre inutile à la fin du quatrième mois, légèrement impotent au bout de la première année, a retrouvé après trois ans et plus sa force et son agilité, par la consolidation des tissus fibreux péri-articulaires. Inutile d'ajouter que Gosselin rejette ici la suture osseuse.

Quelques leçons sur les fractures de la jambe et des malléoles complètent ce chapitre que termine dignement une étude remarquable des accidents, des infirmités temporaires ou persistantes, si communes après les ruptures des os. Les inflammations osseuses par leurs variétés, par leur marche irrégulière, par leur longue durée et leur résistance à l'action thérapeutique, ont de tout temps intéressé les chirurgiens. Gosselin s'occupe plus spécialement des *ostéites épiphysaires*, maladies de croissance d'une gravité parfois considérable. A tort, peut-être, il repousse pour ces affections le nom d'*ostéomyélite* accepté par Trélat, par Lannelongue, sous prétexte que l'inflammation n'atteint que rarement la cavité médullaire et qu'il n'y a de moelle, ni dans les canaux de Havers, ni sous le périoste. Mais il décrit avec soin leurs formes diverses, leurs phénomènes, leurs conséquences, et signale les névralgies osseuses, susceptibles d'en imposer pour un abcès, et justiciables comme les collections purulentes de la trépanation de l'os.

Parmi les affections spéciales à l'adolescence, le professeur de la Charité étudie encore : l'exostose sous-unguéale du gros orteil, les polypes fibreux naso-pharyngiens, l'ongle incarné, enfin le pied plat valgus douloureux qu'il nomme la *tarsalgie*, le considérant comme une ostéo-arthrite sèche, de nature spéciale. Malgré sa dialectique vigoureuse, malgré les résultats de deux autopsies, Gosselin n'a pu faire admettre l'origine inflammatoire de cette conséquence du surmenage physique de sujets habituellement malingres ou incomplètement formés ; la question est encore à l'étude.

Élevé à l'école des Boyer, des Dupuytren, des Velpeau, l'éminent clinicien n'admettait pas que la chirurgie pût être morcelée et scindée en spécialités. Auteur d'un Traité des maladies des yeux, publié avec la collaboration de Denonvilliers, il ne cessa jamais de s'occuper de cette branche de la science. A ses recherches sur l'absorption des liquides à la surface de l'œil, l'opération de la cataracte, etc..., nous devons ajouter des mémoires sur la mydriase paralytique, la nature et le traitement de l'héméralopie épidémique, l'origine, par contagion, des conjonctivites catarrhales. S'il ne put suivre le mouvement qui entraînait les ophtalmologistes vers les études plus précises de la réfraction et de l'accommodation, il eut le mérite d'appeler l'attention sur les propriétés contagieuses des sécrétions morbides de la conjonctive, et d'insister sur les mesures de prophylaxie nécessaires pour éviter la dissémination des germes.

Le hasard donnait pour sujet de thèse à Gosselin, en 1844, dans le concours qui le fit agrégé de chirurgie : *les Hernies étranglées*. Bien que Malgaigne fût de ses juges, il se prononça nettement contre la doctrine de la Péritonite herniaire, aussi bien que contre

la théorie de l'Engouement. Déjà partisan convaincu du précepte de : *ne jamais quitter un malade atteint de hernie étranglée que l'intestin ne soit réduit*, il préconise, mais moins nettement qu'en 1859-1860, l'emploi du taxis continu, prolongé, forcé, aidé de l'anesthésie. La méthode n'était pas sans danger. Instruit par l'expérience, le chirurgien de la Pitié n'hésite pas à avouer son erreur, à modifier sa pratique, et, dans ses leçons sur les hernies, recueillies par un des maîtres de la chirurgie, M. Léon Labbé ; dans sa Clinique de la Charité, il conseille un taxis plus doux et surtout beaucoup moins prolongé. Les quarante et cinquante minutes de jadis, tombent à douze, à quinze ; un quart d'heure devient le maximum de durée des tentatives de réduction manuelle. Si le taxis échoue, la question est jugée, l'opération s'impose.

Quelle sera cette opération ? Gosselin, pour ne pas effrayer les malades, rejette l'anesthésie, il ne recourt à l'ouverture du sac que si le débridement de l'anneau n'a pas permis la réduction de l'intestin. Telle est sa conduite ordinaire, modifiée, il n'est pas besoin de le dire, suivant l'ancienneté et l'intensité de l'étranglement, suivant les conditions probables de l'anse intestinale étranglée. Tout en inclinant peu à peu vers la pratique hâtive, rapide, de la kélotomie, retenu, sans doute, par la crainte de la péritonite septique, par les dangers de l'ouverture du péritoine, l'éminent chirurgien pèche par excès de prudence. Plus confiant en l'antisepsie, je pense qu'il eût abandonné cette conduite, aveugle en somme, pour en venir à l'ouverture du sac, à la résection, à la cure radicale, telle que nous la pratiquons aujourd'hui.

Dans le traitement des hémorrhoïdes qu'il a l'un des premiers bien étudiées comme structure, bien décrites comme formes et comme symptômes, la pratique de Gosselin se modifie également avec les années. Moins temporisateur, il substitue aux attouchements douloureux des tumeurs avec l'acide nitrique mono-hydraté, les cautérisations limitées avec le fer rouge, la ligature partielle, au besoin la dilatation forcée du sphincter anal, bien qu'il ne croie guère à sa contracture, sauf complication d'une fissure intolérante. Pour les fistules à l'anus, l'incision au bistouri est la meilleure opération ; pour les rétrécissements syphilitiques ou mieux *chancreux* du rectum, reconnus par lui dès 1854, la dilatation progressive aidée d'incisions multiples, peu profondes, constitue la thérapeutique la moins dangereuse, sans plus exposer aux récidives que les sections étendues et complètes de l'extrémité de l'intestin.

Ces récidives sont inévitables aussi dans les rétrécissements de l'urèthre, qu'on les ait dilatés lentement, ce qui vaut mieux, qu'on les ait, ce qui peut devenir nécessaire, déchirés avec le divulseur de Voillemier, incisés avec la lame de Maisonneuve.

Pour Gosselin, les deux méthodes se valent, mais leur danger est considérable, elles exposent à la fièvre urineuse. Due à la pénétration dans le sang, comme le démontrent ses expériences faites avec le concours de M. A. Robin, du carbonate d'ammoniaque et des poisons septiques de l'urine altérée, cette fièvre, à la fois, empoisonnement et septicose, vient du contact direct du liquide avec la plaie faite au canal. Neutraliser le sel ammoniacal, rendre l'urine aseptique avant l'opération, conduire cette dernière et le traitement ultérieur de façon à empêcher l'absorption, est le premier devoir du chirurgien. Le professeur insiste sur les précautions à prendre, il les signale avec un soin qui montre l'immense intérêt qu'on y doit attacher.

Les maladies spéciales à la femme ne semblent pas avoir attiré particulièrement l'attention de Gosselin. Quelques pages pour prouver le peu de valeur symptomatique des ulcérations du col utérin (1844), l'importance exagérée donnée aux déviations de la matrice, à la contracture musculaire dans le prétendu *vaginisme,* forment avec les Leçons cliniques, ses seules contributions. Partisan des ciseaux pour l'ablation des polypes utérins, il préfère l'écraseur dans l'inversion utérine irréductible, et repousse, d'une façon trop absolue, les opérations dirigées contre le prolapsus de la matrice. L'expérience a prouvé, depuis, que le succès n'était pas seulement temporaire ; M. Le Fort nous en a fourni des exemples.

En dehors d'un mémoire sur les tumeurs cirsoïdes artérielles (1867), Gosselin ne s'est occupé des tumeurs que dans sa Clinique de la Charité. Pour les kystes, sa grande crainte est de provoquer la suppuration de la poche et la septicémie, aussi préconise-t-il les ponctions simples renouvelées, le repos, dans quelques cas, l'injection iodée, la cautérisation. L'extirpation n'est applicable qu'à certaines productions nettement isolées. Très éprouvé par l'érysipèle (21 cas et 12 décès sur 36 ablations du sein avec le bistouri), il en était venu dans sa pratique hospitalière à n'employer que les caustiques. L'antisepsie n'avait pas encore fait ses preuves. Nul doute que, sûr de son pansement, l'éminent chirurgien n'eût repris l'instrument tranchant, qui, seul, permet de poursuivre jusqu'au fond de l'aisselle les ganglions lymphatiques envahis par le mal.

Ses recherches sur les déchirures du poumon sans fracture des côtes correspondantes (1847), sont insérées dans le premier volume de nos mémoires ; elles complètent la série des œuvres originales. A côté d'elles se placent les thèses de concours et les publications didactiques du professeur Gosselin. Les thèses sont au nombre de quatre : *de l'Étranglement dans les hernies* (agrégation, 1844) ; *le Système nerveux ganglionnaire* (Chaire d'anato-

mie, 1846) ; *Traitement chirurgical des polypes des fosses nasales et du pharynx* (Chaire d'opérations, 1850) ; *des Pansements rares* (Chaire de clinique chirurgicale, 1851). Compilations hâtives, elles offrent, avec des qualités sérieuses, les défauts inhérents à leur exécution rapide.

Œuvre colossale entreprise par A. Bérard et Denonvilliers sur le plan du *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer, le Compendium de chirurgie pratique, n'en était qu'à ses premières livraisons, quand une mort inattendue vint frapper le jeune et actif professeur de Clinique de la Faculté de Paris. Resté seul, Denonvilliers s'adjoint Gosselin dont il connaissait le talent et appréciait la puissance de travail. De cette collaboration, sortirent le second et le troisième volumes du Compendium et un traité des maladies des yeux, chapitre détaché de l'œuvre principale. En voyant ces milliers de pages en texte serré, sur deux colonnes, on comprend le labeur considérable, l'effort incessant nécessaire pour la marche régulière d'une telle publication. Ce labeur dépassa-t-il bientôt les forces et la patience d'un des collaborateurs ? On me l'a dit, et je puis affirmer que ce n'était pas le plus jeune. En offrant au public, le dernier fascicule du tome troisième, les auteurs avouèrent leur impuissance à terminer seuls ce Traité de chirurgie et désignèrent les collaborateurs choisis par eux, pour leur venir en aide : Richet, Verneuil, Guyon, Le Fort, Tillaux, l'élite des chirurgiens de l'époque. Trop tard, l'œuvre était condamnée, le quatrième volume du Compendium ne vit jamais le jour.

Si Gosselin n'en conserva pas une secrète amertume, au moins en garda-t-il la conviction, il nous le dit dans la préface de l'Encyclopédie internationale de chirurgie, qu'écrire un Traité complet de chirurgie, est un travail actuellement inabordable pour un seul homme. Aussi, pressé par ses élèves, préféra-t-il, sous le nom de Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, publier les leçons qu'il avait faites depuis de longues années. Le livre eut un succès mérité ; en six ans, il atteignit sa troisième édition.

Pour certains, la leçon clinique n'est qu'un chapitre de pathologie, la description d'une maladie appuyée de quelques exemples pris dans le service. Telle ne la comprend pas Gosselin. Pour lui, elle doit être l'histoire d'un patient examiné devant tous, quelques instants auparavant, histoire dont le professeur fait ressortir les points saillants, les particularités remarquables. Celle-ci est la vieille méthode, la bonne, l'utile, parce qu'elle met l'élève en face des difficultés de la pratique, de ses nécessités ; parce qu'elle fixe son attention sur le diagnostic, le pronostic, le traitement, qui sont les points les plus importants. Saisir les indications et y satisfaire, telle est, telle sera toujours l'essence de la Chirurgie, et celui-là

seul est vraiment médecin, qui cherche, avant tout, à soulager et à guérir.

Sans rejeter la statistique, Gosselin appuie ses convictions sur sa pratique personnelle, juge par leurs résultats les méthodes thérapeutiques. *Tout par les faits*, telle est sa règle ; l'induction, les théories ne sont que des chemins pour nous mener au but. Et ces faits, il ne suffit pas de les voir en passant, il faut les noter, il faut les écrire. La science ne se fait pas avec des souvenirs, vous le savez comme lui, vous qui apportez dans nos discussions des faits, non des impressions.

En dehors de ces ouvrages considérables, le professeur de la Charité publia dans le nouveau *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, nombre d'articles importants. Bien qu'il n'en fût pas le directeur scientifique, il contribua, par son autorité, à lui conserver son caractère primitif; il en fut, à certains moments, la cheville ouvrière, et y fit prévaloir des idées justes et rationnelles. Aussi, quand les éditeurs du Dictionnaire voulurent offrir au public français une Encyclopédie de chirurgie, œuvre internationale, ils la placèrent sous le patronage de Gosselin, qui en écrivit la préface, et y inséra un véritable manuel de l'anesthésie chirurgicale.

Membre et président de l'Institut, de l'Académie de Médecine, de la Société de chirurgie, Gosselin prend une large part aux travaux de ces assemblées. De 1845 à 1864, nos mémoires, nos bulletins, sont remplis de ses rapports toujours consciencieux, de ses communications intéressantes. Pourquoi ne pouvons-nous les analyser dans cette rapide esquisse, ni même les énumérer? Guide de nos discussions en 1856, sa parole mesurée, toujours courtoise, ne cesse de s'y faire entendre que lorsque des occupations, chaque jour plus absorbantes, l'obligent à prendre l'honorariat.

L'Académie de médecine l'avait élu, en 1860, dans la section de Pathologie chirurgicale, elle eut peu de membres plus actifs et plus laborieux. De ses rapports toujours bienveillants pour les personnes, sévères pour les doctrines, nous ne citerons que ceux sur la résection de la hanche, de L. Le Fort, point de départ de la discussion sur l'hygiène hospitalière (1862); sur le traitement de l'anthrax par les incisions sous-cutanées de A. Guérin, où il cherche à faire prévaloir la temporisation; enfin, sur les observations de Proust et J. Lucas-Championnière, relatives à la trépanation. Moins confiant que notre collègue dans la valeur diagnostique des localisations cérébrales, Gosselin leur refuse toute importance dans les déterminations du chirurgien. Au reste, il n'admet l'intervention opératoire que s'il y a fracture ouverte. Si le crâne est fermé, quels que soient les symptômes, mieux vaut, pour les malades, se borner au traitement médical. Dans cette réprobation du trépan, on sent comme

un dernier écho des doctrines de Desault. La crainte d'une fracture avec plaie domine l'esprit du chirurgien, l'appréhension de la méningite l'empêche d'obéir aux indications les plus nettes. A cette abstention érigée en principe, je préfère, pour ma part, l'initiative hardie conseillée par mon premier maître, le professeur Sédillot.

Dans les discussions sur la thoracentèse (1865), sur le traitement de la péritonite puerpuérale (1868), Gosselin combat les théories trop absolues de Jules Guérin; il repousse les injections intra-veineuses du professeur Oré (de Bordeaux).

La septicémie, l'ostéomyélite, le chloroforme, le ramènent à la tribune. Défenseur de la liberté des vivisections contre les sensibleries des sociétés anglaises, il obtient gain de cause, et fait rejeter les conclusions réservées de la commission. Dans les dernières années, il prend encore la parole pour approuver la méthode antiseptique et les tentatives d'extirpation des tumeurs de la vessie par la voie hypogastrique.

A l'Institut, il communiqua ses derniers travaux sur les substances antiseptiques, leur valeur et leur mode d'action sur les tissus et les sécrétions des plaies. Tout en refusant aux propriétés germicides l'importance qu'on y attache d'habitude, il n'en conclut pas moins à la nécessité d'une antisepsie sévère, absolue; il était le premier, du reste, à en reconnaître les bienfaits.

La seule énumération de ces travaux nous dit assez quelle fut la vie du professeur Gosselin. Né à Paris, le 16 juin 1815, dans le quartier du Temple, dans la rue Sainte-Avoye, aujourd'hui disparue, Athanase-Léon Gosselin appartenait à une famille d'honorables commerçants. Son oncle, le docteur Jacquemin, médecin des prisons de la Seine, praticien très estimé, lui donna le goût de la carrière médicale, en même temps que les premières notions de l'anatomie. Externe en 1834, Interne l'année suivante, après deux années d'études, le concours le fait encore Aide d'anatomie en 1840, Prosecteur en 1842, Agrégé en 1844, Chirurgien des hôpitaux en 1845, Chef des travaux anatomiques en 1846. Désormais, sa place est marquée dans la Faculté. Trois fois il rentre dans l'arène pour y gagner une chaire, et s'il échoue après de remarquables épreuves, c'est que les heureux du concours se nomment Denonvilliers pour l'Anatomie, Malgaigne pour la Médecine opératoire, Nélaton pour la Clinique.

Le choix du Ministre de l'Instruction publique l'appelle, en 1858, à la chaire de pathologie chirurgicale, qu'il échange contre la clinique, à la mort de Velpeau, en 1867. Comme professeur, la clarté de ses leçons, la netteté de ses vues, l'ordre et la simplicité de son enseignement, lui assuraient un public d'élèves nombreux et assidus. Comme clinicien, Cochin, Beaujon, la Pitié, avaient fait sa

réputation; l'hôpital était son véritable milieu. D'une exactitude exemplaire, il entrait à huit heures chaque matin dans ses salles, suivi de ses aides, examinant les pansements, appliquant lui-même ses appareils et les surveillant de près, pratiquant les explorations nécessaires, fixant l'attention des élèves sur les particularités intéressantes. Doux avec les malades, bienveillant, délicat, il avait pour tous les égards que mérite le pauvre, l'intérêt dont sont dignes les êtres souffrants. Voulant tout voir par lui-même, il n'acceptait jamais ni dans son service, ni dans les consultations, les diagnostics de ses internes ou de ses confrères, qu'il ne les eût vérifiés par un examen personnel. Ce besoin de contrôle, il le portait aussi dans l'appréciation des doctrines, des remèdes et des opérations; il était l'homme des faits et non des théories. Et si les faits venaient plus tard démontrer son erreur, s'inclinant devant l'expérience, il n'hésita jamais à modifier son opinion première et les préceptes qu'il en avait déduits. Convaincu que la science s'agrandit chaque jour, il en suivait les incessants progrès et, s'engageant lui-même dans les voies nouvellement ouvertes, il encourageait les jeunes chirurgiens dans leurs tentatives hardies, sans applaudir à toutes les témérités.

A l'amphithéâtre, Gosselin s'exprimait simplement, nettement; il parlait, suivant le mot heureux du professeur Richet, le langage de la science. Mais s'il n'eut jamais le talent d'émouvoir, d'entraîner ses auditeurs par une exposition animée et brillante, il eut le mérite plus grand peut-être d'instruire, de graver par la clarté, par la méthode, son enseignement dans les esprits. Aussi forma-t-il de nombreux élèves, et, tout autant que ses écrits, des disciples tels que Gaujot, Tillaux, Lannelongue, Léon Labbé, Périer, Berger, etc..., attestent la valeur du maître. A la Société de chirurgie, à l'Académie de médecine où il exerçait une influence légitime, il apportait dans les discussions la même netteté de vue, la même simplicité de parole; jamais il ne se départit de son calme, de sa courtoisie, même dans les débats les plus passionnés.

Officier de la Légion d'honneur depuis l'Exposition internationale de 1867, Gosselin reçut la croix de commandeur après la guerre et la Commune. Elle fut la juste récompense de son dévouement pendant le siège, de ses services dans les hôpitaux militaires et les ambulances civiles. Fatigué, surmené, il ne refusa jamais ni ses conseils, ni son assistance. Terrassé par les émotions sans trêve de l'*année terrible*, cédant enfin aux instances de ses amis et des siens, il se reposait, depuis quelques jours à peine, dans sa maison de campagne d'Arcueil, quand il apprend que, dans les dernières convulsions de la Commune, les obus, le pétrole menacent ses blessés. Sans souci de sa santé, au milieu de dangers que partage avec

lui Mme Gosselin, il rentre dans la capitale, arrive jusqu'à la Charité et s'y installe à demeure, noble exemple qui, à l'honneur du corps médical, ne resta pas isolé.

Quand la mort de Nélaton laissa vacante une place à l'Académie des sciences, Gosselin se mit sur les rangs. La lutte fut vive, et l'éminent chirurgien ne l'emporta qu'au scrutin de ballottage sur l'un de ses compétiteurs redoutables, physiologiste plus que médecin, M. Marey. Il y acquit bientôt l'estime et la considération de tous. En janvier 1886, bien qu'il n'eût pas brigué les suffrages, il fut nommé Vice-Président, digne couronnement d'une carrière noblement remplie. La fortune, désormais inclémente, lui devait cette compensation. Vers le moment où Broca succombait subitement à l'angine de poitrine, Gosselin, lui aussi, était pris par l'affreuse maladie. Chaque fatigue amenait des accès de toux, des oppressions, des suffocations violentes. Le professeur dut songer à quitter sa clinique ; à tout prix il lui fallait du repos. Détermination pénible, véritable crève-cœur pour cet homme d'action. Hélas! l'hésitation n'était plus possible, les crises se rapprochaient, chaque jour les faisait plus menaçantes. Ni les eaux thermales de l'Auvergne, ni le climat plus doux du Midi n'amenèrent le soulagement espéré. Des douleurs gastriques affreuses, des hématémèses effrayantes, de l'ascite, témoignaient des progrès incessants d'un mal que la morphine, tout en apaisant momentanément les souffrances, ne faisait encore qu'aggraver.

Heureux, fier, des hautes fonctions que l'Académie des sciences venait de lui confier, le pauvre malade ne redoutait que de se trouver impuissant à les remplir, et les prières de sa famille, la fermeté de son collègue M. Vulpian, parvinrent seules à empêcher, plus d'une fois, l'envoi de sa démission. L'année 1887 arriva cependant. Malgré sa santé détruite, Gosselin eut la satisfaction d'occuper le fauteuil présidentiel, *ce poste d'honneur* auquel il attachait tant de prix. Il y pensait sans cesse, à ses séances du lundi. Pour être sur pied, il gardait chaque dimanche un repos absolu, puis, le lendemain, au moment de quitter sa demeure et parfois encore dans l'escalier de l'Institut, la morphine venait éteindre un instant ses douleurs et lui donner la force de présider la séance. Toutefois, pressentant sa fin prochaine, il répétait souvent à son collègue, le professeur Richet, à son autre ami, le professeur Vulpian, qui devait le suivre de si près dans la tombe : « Je ferai comme Bouley, je n'irai pas jusqu'au bout. »

Il disait vrai. Des accidents urémiques l'emportèrent le 1er mai 1887, à l'âge de 72 ans. Il voulut qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe. Mais, autour des siens, l'Institut, la Faculté, l'Académie de médecine, la Société de chirurgie, ses amis,

ses élèves, lui firent un si nombreux cortège que l'église pût à peine le contenir. Il repose dans le cimetière de Vitry, non loin de la campagne où chaque dimanche, pendant l'été, il prenait, au milieu de sa famille, les quelques heures de délassement que lui imposait une affection dévouée. Sa fin fut calme et simple comme avait été sa vie. Il n'avait jamais eu d'enthousiasme que pour la science, de culte que pour la chirurgie ; elle était sa première, elle resta son unique passion.

Prix décernés pour l'année 1887.

PRIX DUVAL.

Partagé entre M. Villar, pour sa thèse sur les *Tumeurs de l'ombilic*, et M. Paul Métaxas-Zani, pour sa thèse sur les *Anaplasties secondaires*, etc.

PRIX LABORIE.

La Société ne décerne pas de prix, mais elle partage la somme allouée, à titre d'encouragement, entre : 1° M. Nimier, médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour son travail sur la *Guerre au Tonkin et à Formose;* 2° M. A. Pousson, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, auteur du mémoire sur le *Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie;* 3° enfin M. L.-H. Petit, bibliothécaire adjoint à la Faculté, pour sa monographie sur les *Tumeurs gazeuses du cou* ou *aérocèles.*

PRIX DEMARQUAY.

La Société partage le prix entre M. A. Demars, interne à l'hôpital Trousseau, et M. le Dr Ménard (de Paris), auteurs des mémoires n° 5 et n° 7 sur la *Pathogénie et le traitement des kystes hydatiques du foie.*

PRIX GERDY.

M. Barraud, interne à l'Hôtel-Dieu de Paris, auteur du mémoire n° 1 sur les *Hernies adhérentes au sac, accidents et thérapeutique.*

Prix à décerner en 1888.

1° Le prix Duval, pour la meilleure thèse de chirurgie.

2° Le prix Laborie, à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet de chirurgie.

Prix à décerner en 1889.

1° Le prix Duval, pour la meilleure thèse de chirurgie.
2° Le prix Laborie, à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet de chirurgie.
3° Le prix Gerdy. Sujet mis au concours : *Traitement des suppurations diffuses et enkystées du petit bassin.*
4° Le prix Demarquay. Sujet mis au concours : *Tous les abcès froids sont-ils tuberculeux ?*

Les thèses ou manuscrits destinés aux concours pour les prix doivent être déposés au siège de la Société avant le 1er novembre de l'année où le prix doit être décerné. Pour les autres conditions, voir le premier fascicule des *Bulletins et mémoires de la Société.*

Le Secrétaire général,
Chauvel.

Séance du 4 janvier 1888.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos du procès-verbal.

De l'eau bouillie en chirurgie.

M. Terrier. J'ai essayé de résoudre le point qui a été en discussion entre M. Terrillon et moi à la dernière séance. Je me suis adressé pour cela à M. Pasteur lui-même et lui ai demandé si de l'eau portée à 100° contenait encore des spores et des germes.

Il m'a répondu affirmativement. Je lui ai demandé si ces germes et ces spores pouvaient être nuisibles à l'homme. Il m'a répondu que, s'ils ne sont pas pathogènes, ils ne sont assurément pas indifférents.

M. Pasteur ajoutait qu'une autre manière de faire, que je lui proposais d'ailleurs, serait préférable à l'ébullition simple : 1° utiliser de l'eau distillée ; 2° la filtrer avec un filtre Chamberland ; 3° la faire bouillir.

Avec ces trois conditions réunies on aurait toutes chances de posséder une eau vraiment aseptique, bien que M. Pasteur ne puisse absolument affirmer encore qu'une eau ainsi préparée ne contienne plus ni germes ni spores nuisibles à l'homme.

M. Terrillon. J'ai toujours entendu parler de ne porter à l'ébullition que de l'eau préalablement filtrée. J'ai ajouté que, de l'aveu de M. Pasteur, il n'était pas absolument nécessaire pour les besoins de la chirurgie courante de surchauffer l'eau au delà de 100° dans un autoclave.

M. Polaillon. Je me sers habituellement, dans mes opérations sur le péritoine, d'eau distillée et bouillie, mais additionnée d'un centième d'acide phénique. L'addition d'une certaine quantité d'une substance antiseptique me paraît essentielle ; ne fût-ce que pour se garantir contre la contamination provenant des vases qui contiennent l'eau ou des germes ambiants.

Rapport.

Sur une observation communiquée par M. le Dr Ovion (de Boulogne-sur-Mer), intitulée : *Volvulus de l'intestin grêle; péritonite généralisée; laparotomie; mort.*

Rapport par M. Berger.

M. Ovion vous a communiqué une intéressante observation de laparotomie pratiquée chez un enfant atteint d'une occlusion intestinale, observation dont je dois tout d'abord vous retracer les traits principaux :

Un enfant de 12 ans et demi est pris subitement de douleurs vives dans le ventre, aussitôt après l'ingestion de pâtisseries lourdes ; cette douleur qui se répéta par intervalles ne l'empêche pas de jouer avec ses camarades ; le lendemain, les mêmes phénomènes persistant, on administre un peu d'huile de ricin qui est rejetée par un vomissement ; le

surlendemain seulement l'état s'aggrave, et l'enfant demande de rester couché ; des vomissements alimentaires se produisent, une douleur sourde et continue s'établit dans la fosse iliaque droite. M. Ovion, appelé auprès du malade, ne constate aucun caractère qui puisse lui faire croire à un étranglement interne. La même absence de phénomènes caractéristiques, la même incertitude persistent le quatrième jour ; ce n'est que le cinquième jour que des vomissements apparaissent et que l'état semble s'aggraver; mais le ventre reste souple et la douleur abdominale paraît localisée à la fosse iliaque droite. Le sixième jour, vers le soir seulement, le diagnostic d'occlusion intestinale se confirme, quoiqu'il n'y ait pas de vomissements spontanés : le ventre est ballonné, il existe fréquemment du hoquet, il n'y a pas eu de matières ni de gaz rendus par l'anus depuis le début; cependant l'état général s'altère, le facies est grippé, le pouls à 120, la température fébrile. Après avoir vainement tenté d'administrer un lavement d'eau chargée d'acide carbonique, M. Ovion se décide à pratiquer la laparotomie à 9 heures du soir.

L'incision de la paroi abdominale faite sur la ligne blanche ne fait d'abord rien découvrir que les caractères d'une péritonite généralisée commençante ; bientôt, en conduisant ses recherches du côté de l'excavation pelvienne, l'opérateur en fait sortir un flot de pus. D'ailleurs, quoique le gros intestin fortement revenu sur lui-même indique que le siège de l'occlusion est plus haut situé, on ne peut découvrir ce dernier ni par l'inspection directe de la masse intestinale, ni par la palpation, et M. Ovion doit se résoudre à dévider l'intestin dont il attire successivement au dehors du ventre les anses pour les réduire lorsqu'il les a examinées. Je lui laisse ici la parole :

« Après avoir dévidé ainsi l'intestin sur une certaine étendue, j'arrive sur une anse plus distendue, et brusquement coupée transversalement par un cordon blanchâtre, au delà duquel l'intestin est aplati, rouge ; ses parois accolées sont épaissies. En examinant de plus près, je vois que le cordon blanc est constitué par l'intestin lui-même tordu deux fois sur son axe et fortement serré. Des fausses membranes molles relient ces différentes parties entre elles ; mais elles cèdent aux moindres tractions et je n'éprouve aucune difficulté à défaire la torsion. La partie inférieure de l'anse reprend aussitôt son volume normal. Je laisse aller l'intestin, après m'être assuré que la torsion ne s'est pas reproduite, et je le réduis sans difficulté. »

Après avoir fait une irrigation de la plaie avec de l'eau borique et une toilette soignée du péritoine, M. Ovion referme l'incision; l'opération, qui a été faite sous l'anesthésie et avec des précautions antiseptiques strictes, a duré une heure et demie.

Il y a une amélioration marquée qui se prolonge le lendemain; il existe des besoins d'aller à la selle que le petit malade ne peut satisfaire dans la position horizontale. Mais le surlendemain de l'opération le pouls monte dès le matin à 140 en même temps que la température s'abaisse: l'état général s'altère rapidement, des vomissements surviennent dans l'après-midi et le petit opéré succombe le soir même,

quarante-huit heures après l'opération, plus de sept jours après le début des accidents.

Le fait est intéressant par l'obscurité des phénomènes du début, par la bonne fortune qu'a eue l'opérateur de trouver et de lever l'agent de l'étranglement, et par la nature peu commune de ce dernier, qui était causé par un volvulus; il méritait la relation très sobre qu'en a faite l'auteur et que j'ai reproduite presque dans tous ses détails. M. Ovion l'a fait suivre de quelques commentaires.

Il se demande s'il n'eût pas dû, s'il n'eût pas pu opérer plus tôt : seul, il peut répondre à cette question. L'indication chirurgicale est formellement posée, aujourd'hui, d'intervenir par la laparotomie, dès qu'un étranglement interne véritable est constaté, surtout chez un jeune sujet; mais encore faut-il que l'existence de cet étranglement puisse être mise hors de doute, et nous savons tous par quelles incertitudes passe souvent le diagnostic pendant la période toujours trop longue du début des accidents. Cela peut dépendre de la justesse de coup d'œil et de la détermination de l'opérateur; mais l'observation même de M. Ovion démontre qu'il a pris son parti dès que des phénomènes suffisamment marqués ont permis à sa conviction de s'établir. On ne peut en demander davantage, ni surtout conseiller d'ouvrir le ventre à l'aventure et *pour voir* dès que quelques phénomènes abdominaux font soulever l'hypothèse d'un étranglement commençant.

N'eût-il pas fallu drainer le péritoine au lieu de refermer purement et simplement le ventre, lorsque l'on eut constaté, au cours de l'opération, l'existence d'une péritonite au début? Le drainage du péritoine nous paraît surtout convenir aux cas où, au cours d'une laparotomie, on trouve un foyer circonscrit ou tout au moins localisé de péritonite purulente ou septique; mais, avec l'auteur, nous pensons qu'en cas de péritonite généralisée, une semblable conduite ne serait d'aucune utilité, qu'elle ne pourrait que favoriser l'infection et aggraver l'inflammation commençante de la séreuse.

Enfin, M. Ovion regrette presque que l'avis de ses confrères l'ait détourné de rouvrir le ventre pour faire un lavage du péritoine, lorsque, deux jours après l'opération, apparurent les premiers indices d'une péritonite septique. Nous craignons fort, s'il l'eût fait, qu'il n'en eût retiré aucun bénéfice et que l'infection péritonéale qui devait déterminer la mort peu d'heures plus tard, ne fût déjà beaucoup trop avancée. L'on peut se demander, au contraire, si un lavage complet du péritoine, à grande eau, n'eût pas été d'un utile secours à la fin de l'opération, puisqu'au cours de cette dernière, on avait constaté des signes indiscutables de péritonite et qu'il y avait même du pus dans le petit bassin; mais c'est une pratique

sur laquelle tous les chirurgiens sont encore loin d'être d'accord et sur laquelle, par conséquent, nous ne saurions émettre un avis formel.

Il nous reste, en terminant, à féliciter M. Ovion de la perspicacité et de l'habileté dont il a fait preuve dans le traitement d'un cas obscur et difficile, tout en regrettant que le succès final ne l'ait pas récompensé de ses peines.

Rapport

Sur deux observations d'*Autoplastie par la méthode italienne modifiée*, communiquées par M. le Dr PONCET (de Lyon).

Rapport par M. BERGER.

Au commencement de cette année, M. le Dr Poncet vous communiquait un intéressant exemple de réparation d'une plaie ulcéreuse de la jambe droite au moyen d'un lambeau pris à distance, lambeau dont le pédicule ne fut coupé qu'après la parfaite adhésion de la peau transplantée avec la surface qu'elle était appelée à recouvrir.

Il s'agissait d'une jeune fille d'une quinzaine d'années, qui, depuis six ans, portait à la face externe de la jambe droite, vers le quart inférieur, une perte de substance consécutive à une brûlure; cette plaie, qui présentait les dimensions d'une pièce de 5 francs, était entourée d'une large zone de tissu cicatriciel; elle avait résisté à tous les traitements employés pour obtenir la cicatrisation.

M. Poncet tailla sur la fesse correspondante un vaste lambeau qui, dans la flexion forcée de la jambe sur la cuisse, vint pendre au devant de la perte de substance préalablement avivée. On l'y fixa par une suture métallique soignée; le membre fut maintenu dans la flexion forcée par un bandage roulé disposé autour de lui, jusqu'à ce que les adhésions du lambeau avec la surface fussent parfaites, ce qui eut lieu vers le dixième jour. Le pédicule du lambeau fut alors coupé en deux temps, le huitième et le douzième jour; le lambeau fessier continua à vivre sur la jambe; il reprit bientôt toute sa sensibilité; la perte de substance, créée à la fesse par sa dissection, fut comblée au bout de sept à huit semaines, et la malade fut guérie de la sorte d'une infirmité qui la condamnait à l'inactivité depuis de longues années.

Tout dernièrement encore, M. Poncet revoyait cette jeune fille, et constatait, onze mois après l'opération, que la peau transplantée avait conservé sa souplesse et sa solidité, que la greffe n'avait subi aucune atteinte dans sa vitalité, et que la guérison complète de l'ulcère s'était maintenue, quoique la jeune fille eût depuis neuf mois repris son existence habituelle.

A cette observation, M. Poncet vient d'en joindre une autre non moins remarquable qu'il m'a fait parvenir en me priant de vous la communiquer :

Un jeune homme, âgé de 20 ans, avait eu, six mois auparavant, la peau de la région postérieure du coude, au-dessous de l'olécrâne, décollée et mortifiée dans une large étendue par la pression qu'une roue de moulin avait exercée sur cette région ; il en était résulté une perte de substance de 11 centimètres de longueur sur 8 centimètres de largeur, plaie qu'aucun traitement ne parvenait à faire cicatriser.

M. Poncet se résolut à en obtenir la réparation par une autoplastie. La couche granuleuse de la plaie ayant été enlevée à la curette, et ses bords ayant été avivés au bistouri, un lambeau, dont la base fut prise entre l'ombilic et le mamelon gauche, fut taillé sur la paroi thoraco-abdominale ; ce lambeau, relevé avec le tissu cellulaire sous-cutané, fut fixé au pourtour de la plaie avivée par une suture au fil métallique fin. Toute la région fut recouverte d'un pansement à la gaze iodoformée, et le membre fut attaché solidement au tronc par le bandage de Velpeau.

Des douleurs assez vives, l'agitation de l'opéré, forcèrent M. Poncet à renouveler le pansement les jours suivants ; il put constater que la périphérie du lambeau, dans une étendue de 15 à 20 millimètres, s'était sphacélée, mais que le reste du lambeau était bien vivant et contractait avec le coude de solides adhérences. Le pédicule fut sectionné en deux fois, le neuvième et le treizième jour.

Le lambeau, complètement séparé de son point d'origine, continua à vivre sur le bras ; sauf un point de peu d'étendue laissé à découvert par la chute de l'eschare, la réparation de la perte de substance était parfaite. Sept mois après l'opération, le lambeau était souple et formait même encore une saillie manifeste au-dessus du niveau des téguments environnants ; mais sa sensibilité était encore fort obtuse. La plaie du tronc était cicatrisée.

Ces deux succès, M. Poncet les a dus au judicieux emploi d'une modification moderne de la méthode italienne d'autoplastie, à laquelle Tagliacozzi avait attaché son nom, et dont l'application presqu'exclusive était faite, jusque dans ces derniers temps, à la rhinoplastie.

Vous savez en quoi consistait la pratique de l'illustre chirurgien de Bologne : un pont de peau, pris sur le bras, transformé au bout de quelque temps en un lambeau flottant par la section de son extrémité supérieure, était fixé sur le moignon nasal préalablement avivé, et était uni à ce dernier par la suture de ses bords également avivés, car cette adaptation du lambeau brachial à la face n'avait lieu que lorsqu'il était recouvert de cicatrice sur toute l'étendue de sa face cruentée. Quand on jugeait que la fusion du

lambeau avec la peau du visage était parfaite, on sectionnait le pédicule qui le retenait encore au bras, et, par des opérations complémentaires et un traitement consécutif minutieux, on cherchait à donner au lambeau brachial transplanté sur la face, la configuration d'un nez aussi bien fait que possible. Nous ne pouvons étudier ici les origines de cette méthode que Tagliacozzi avait également appliquée à la restauration des lèvres et des oreilles, non plus qu'entrer dans la considération des causes qui la firent déchoir et tomber dans l'oubli, après une longue période de vogue, d'enthousiasme et de succès, dont les écrits du XVIIe siècle ont fait parvenir jusqu'à nous le retentissement.

Elle était bien oubliée, en effet, et ses succès eux-mêmes étaient tenus pour apocryphes par les meilleurs auteurs [1], quand Reneaume (de la Garanne) [2] voulut la remettre en honneur, et proposa de la simplifier « en faisant en un même temps les deux différentes plaies, que Tagliacozzi ne faisait qu'à un long intervalle ». Nous ne savons s'il mit son idée à exécution ; celle-ci, quoi qu'il en soit, renfermait le principe de la modification actuelle de la méthode italienne, modification suivant laquelle c'est un lambeau fraîchement taillé que l'on emprunte à une partie éloignée du corps pour l'appliquer aussitôt sur la perte de substance qu'il s'agit de combler, en le laissant adhérent, par un pédicule suffisant, à son point d'origine, jusqu'à sa parfaite adhésion avec la surface qu'il doit recouvrir.

Ce fut Carl-Ferdinand Græfe qui, en 1816, exécuta le premier le plan dont Reneaume avait conçu l'idée. Connaissait-il le travail de son devancier ? Son silence sur ce point permet d'en douter ; en tout cas, le nombre de fois qu'il pratiqua et fit pratiquer par ses élèves la rhinoplastie par le procédé nouveau, et la description minutieuse qu'il fit de sa pratique [3], doivent le faire considérer comme l'auteur véritable du procédé nouveau auquel il se plut à donner le nom de *méthode allemande*, par opposition aux méthodes italienne et indienne de rhinoplastie.

Ce terme, pour le dire en passant, ne saurait être adopté, non seulement par ce que Graefe ne fut pas le seul ni même le premier inventeur du mode nouveau d'anaplastie, mais parce qu'inférieur en cela à Tagliacozzi, il n'avait vu dans son innovation

[1] DIONIS, *Cours d'opérations*, 8e édition, revue par Lafaye. Paris, 1782, 2e partie, p. 589 ; et éditions précédentes.

[2] RENEAUME, *Histoire de l'Académie royale des sciences*, 1719, Paris, 1721, in-4°, p. 29.

[3] Carl Ferdinand VON GRAEFE, *Rhinoplastik, oder die Kunst den Verlust der Nase organisch zu ersetzen, in ihren früheren Verhältnissen erforscht, und durch neue Verfahrungsweisen zur höheren Vollkommenheit gefördert*, mit VII Kupfertafeln. Berlin, 1818, in-4°.

qu'un procédé de rhinoplastie et non point une méthode générale d'autoplastie; enfin et surtout parce que la méthode est caractérisée par l'idée de transplanter sur une partie éloignée du corps un lambeau pédiculé pris à distance, lambeau qu'on isole de son point d'origine par section de son pédicule au bout d'un certain temps nécessaire à son adhésion, ce qui est bien le propre de la méthode italienne, opposée en cela à la méthode indienne où le lambeau est taillé au voisinage immédiat de la perte de substance. Le fait d'adapter à la perte de substance le lambeau fraîchement taillé, au lieu de ne l'y fixer qu'au bout d'un temps plus ou moins long, constitue une simplification notable, une modification heureuse de la méthode en question; il peut être considéré comme un mode, et comme un mode important de la méthode italienne : il ne saurait suffire à caractériser une méthode nouvelle distincte de celle-ci.

Les succès obtenus par Graefe ne valurent à son procédé qu'un éclat passager : bientôt, après de nombreux revers, Dieffenbach lui-même se prononça contre la prétendue méthode allemande et revint, en exagérant même leur lenteur, aux errements de Tagliacozzi [1]. D'autres tentatives échouèrent entre les mains de chirurgiens tels que Zsigmondi, Wutzer, Szymanowski, et la méthode italienne, ainsi que la modification de Reneaume et de Graefe étaient retombées dans l'ombre, quand un certain nombre d'opérations heureuses pratiquées en France, en Suisse, en Angleterre, en Allemagne, vinrent de nouveau appeler sur elles l'attention.

En 1880 je vous présentais une malade sur laquelle j'étais parvenu à traiter un ectropion cicatriciel total, consécutif à un lupus de la face et menaçant de déterminer la perte de l'œil envahi par une kératite vasculaire, par la transplantation d'un lambeau de peau pris au bras. Le pédicule de ce lambeau fut coupé le vingt-deuxième jour, la paupière ainsi restaurée survécut et l'œil menacé put être définitivement sauvé [2].

Peu de temps après je vous communiquais le résultat d'une seconde opération dans laquelle j'avais recouvert l'extrémité d'un moignon conique ulcéré avec un lambeau de peau emprunté à la jambe opposée et laissé vingt-trois jours adhérent à celle-ci par son pédicule.

En 1885, M. Lannelongue transplantait un lambeau d'une main sur l'autre pour corriger une rétraction cicatricielle chez un enfant.

[1] J.-F. Dieffenbach, *Die operative Chirurgie*. Leipzig, 1845, t. I, p. 380.

[2] *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, nouv. série, t. VI, p. 203, 17 mars 1880.

Depuis lors, les faits de cet ordre se sont multipliés; Adams, en 1881; Socin, en 1883, en ont publié d'analogues. En 1885, Maas faisait paraître sur la matière, dans les *Archives de Langenbeck*, un important mémoire, bientôt suivi d'un second. Enfin, l'année dernière et cette année des observations d'autoplasties pratiquées par cette méthode ont été produites, en grand nombre, au congrès des chirurgiens allemands, par Wagner (de Königshütte) et par Israël (de Berlin); par Fritz Salzer, assistant de la clinique de Billroth, dans un article de la *Wiener medicinische Wochenschrift;* par moi-même, enfin, à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie. M. Terrier, à ce propos, dans une des dernières séances, vous rapportait avoir vu des malades opérés par un procédé analogue, dans le service de M. Bull, à New-York. C'est à cet ensemble de faits que M. Poncet est venu joindre les siens, à l'occasion desquels il me reste à vous présenter quelques remarques sur les indications, le manuel opératoire et les résultats du procédé d'autoplastie, que j'ai tout d'abord à vous définir d'une manière plus précise.

Il consiste essentiellement dans la transplantation, sur une perte de substance qu'il s'agit de combler, d'un lambeau emprunté à une région éloignée du corps et laissé adhérent à cette région par son pédicule jusqu'à sa parfaite adhésion à la surface qu'il doit recouvrir. C'est seulement lorsque cette adhésion paraît s'être effectuée qu'on le sépare de son point d'origine en sectionnant le pédicule qui l'y rattache encore.

Ce mode d'autoplastie diffère donc de la méthode italienne proprement dite, dont il n'est qu'un dérivé, en ce que, dans cette dernière, le lambeau taillé à l'avance n'est adapté à la surface qu'il doit recouvrir que quand il est déjà recouvert de cicatrice sur ses bords et sur sa face profonde; tandis que, dans l'opération nouvelle, c'est le lambeau fraîchement taillé que l'on fixe aussitôt par la suture à la perte de substance qu'il doit combler.

Comme dans la méthode italienne, d'ailleurs, ce procédé nécessite une immobilisation rigoureuse et une solidarité parfaite de la partie à laquelle a été emprunté le lambeau et de celle sur laquelle on l'a fixé, pendant le temps qui s'écoule entre l'opération proprement dite et la section du pédicule qui réunit encore le lambeau à son lieu d'origine. Cette condition, qui, avec une certaine complexité du manuel opératoire, est le seul désavantage de la méthode italienne simplifiée telle que nous l'employons aujourd'hui, ne permet pas d'espérer qu'elle se substitue jamais aux autres méthodes d'autoplastie. Aussi faut-il limiter ses applications, ou, si l'on préfère, ses *indications* aux cas dans lesquels les méthodes d'autoplastie généralement mises en usage ne peuvent suffire.

Les deux faits rapportés par M. Poncet nous présentent une de ces indications; celle d'une perte de substance entourée de cicatrice de toutes parts et ayant résisté à tous les moyens de traitement. Dans la seconde observation même, il faut remarquer que la guérison de la plaie, si on eût pu l'obtenir, eût entraîné la constitution d'une cicatrice très vulnérable à la région olécranienne, c'est-à-dire en un point fort exposé aux actions mécaniques, aux frottements, aux chocs. L'impossibilité de trouver aux environs la matière propre à la réparation en quantité suffisante, c'est-à-dire de la peau saine, force en pareil cas de recourir à une autoplastie par la transplantation d'un lambeau pris à une région éloignée. C'est à cette indication qu'ont cherché à satisfaire presque tous les chirurgiens qui ont eu recours à cette modification de la méthode italienne, Maas, Wagner, en particulier. Mais l'opération nouvelle est destinée à rendre des services plus importants encore dans deux ordres de circonstances bien différentes : d'une part dans la correction des attitudes vicieuses maintenues par la rétraction cicatricielle; d'autre part dans certaines restaurations de la face, lorsque la dissection de lambeaux pris au visage et la nécessité de recourir à des incisions libératrices risqueraient d'aggraver les difformités existantes. On trouvera dans les observations que j'ai mentionnées des exemples nombreux montrant ce qu'on peut attendre de la méthode italienne dans l'un et l'autre de ces cas; je vous ai présenté des sujets à qui j'avais pu rendre par ce moyen le libre usage de leurs membres [1]. Salzer, assistant de Billroth, a également rapporté des faits de cet ordre. Vous vous souvenez d'autre part des premiers succès de C.-F. Graefe dans la rhinoplastie, et l'application que j'ai faite de son procédé à la blépharoplastie. Je n'insiste pas davantage sur ces conditions pour lesquelles la méthode italienne modifiée mériterait désormais d'être plus souvent mise à contribution.

Quelques points du *manuel opératoire* auquel a eu recours M. Poncet méritent également réflexion : chez la première de ses malades, notre distingué confrère a pris à la fesse un lambeau de peau pour l'appliquer sur la jambe correspondante; il fut donc nécessaire d'immobiliser la jambe dans la flexion forcée sur la cuisse, depuis l'opération jusqu'au moment où le pédicule du lambeau fessier put être coupé. Il s'agit évidemment là d'un fait exceptionnel; M. Poncet a eu beaucoup de bonheur de pouvoir maintenir le membre dans une position aussi fatigante pendant les douze jours nécessaires à l'adhésion du lambeau à la jambe.

[1] P. Berger, *l'Autoplastie par la méthode italienne modifiée.* Paris, Delahaye, 1887, et *France médicale*, numéros de novembre 1887.

J'ai voulu, dans un cas analogue, voir ce que l'on pourrait attendre de la pratique à laquelle M. Poncet avait eu recours; le malade, jeune encore, sur lequel, avant l'opération, je fis l'essai de la flexion forcée et prolongée de la jambe sur la cuisse, ne put la supporter plus de quelques heures. L'immobilisation des parties pendant des jours et parfois des semaines est déjà fort pénible par sa durée, et ce doit être une règle absolue de déterminer le choix du lambeau, de telle façon que la position que nécessite son adaptation soit aussi naturelle, aussi peu forcée que possible, afin qu'elle puisse être supportée.

Pour pratiquer *l'avivement* de la perte de substance, M. Poncet, dans sa première observation, en a fait la dissection complète au bistouri, tandis que, dans la seconde, il s'est borné à enlever la couche granuleuse de l'ulcère par un raclage à la cuiller tranchante et à aviver ses bords en les excisant avec le bistouri. La seconde manière de procéder me paraît fort inférieure à la première, beaucoup plus complète, et seule permet d'éviter toutes les chances de suppuration et de désunion du lambeau. Il faut même, quand on le peut, enlever la totalité du tissu fibreux de nouvelle formation sur lequel repose la couche des bourgeons charnus, de manière à faire reposer le lambeau sur des tissus absolument sains; cette précaution est importante, surtout quand l'autoplastie doit avoir pour but de corriger une attitude vicieuse maintenue par la rétraction cicatricielle. — Si une ablation complète de la cicatrice n'est pas toujours possible, il faut du moins enlever toute la couche granuleuse qui recouvre la plaie, et on n'est sûr de le faire complètement que par une dissection véritable.

Pour la *constitution du lambeau*, M. Poncet a suivi une conduite différente dans l'un et l'autre de ces cas. Chez sa première malade, il a débarrassé le lambeau du pannicule adipeux qui le doublait, avant de l'appliquer sur l'ulcère avivé; c'est une manière de faire qu'il faut, je le crois, rejeter formellement; elle n'a certainement pas été étrangère à la mortification que j'ai vue survenir dans le cas où j'ai eu recours à ce dégraissement du lambeau, le seul également où, sur neuf opérations de cette nature, j'aie eu à regretter un insuccès. M. Poncet, d'ailleurs, paraît avoir reconnu le danger de cette pratique, puisqu'il l'a abandonnée dans sa deuxième opération. Tout au plus est-il permis de rogner quelque peu la graisse exubérante sur les bords du lambeau, pour permettre l'adaptation plus exacte de ceux-ci aux bords de l'ulcère avivé; dans tout le reste de son étendue, la peau du lambeau doit être doublée du tissu cellulaire sous-cutané qne l'on relève avec elle.

Que faut-il faire de la plaie que détermine la dissection du lambeau? M. Poncet l'a laissée se cicatriser par granulation, comme

l'ont fait tous les chirurgiens qui ont eu recours au mode d'autoplastie en question, comme je l'avais fait moi-même dans mes premières opérations; mais depuis lors je suis arrivé à reconnaître qu'il y a un grand avantage à la réunir par première intention, tout au moins dans la plus grande partie de son étendue. On évite ainsi de substituer une plaie, à la vérité moins gênante et plus facile à guérir, à une autre; on abrège très notablement le temps nécessaire à la guérison, et on supprime les inconvénients que présente le voisinage d'une plaie en suppuration avec la ligne de réunion du lambeau et de la plaie qu'il recouvre.

Quant à la *suture du lambeau* lui-même, M. Poncet l'a faite avec du fil d'argent; j'ai le plus souvent employé le crin de Florence: la matière importe peu; l'essentiel est d'avoir à sa disposition un fil suffisamment fin et parfaitement aseptique. Les points de suture, qui doivent être appliqués avec un soin tout particulier, ne sont néanmoins qu'un moyen de contention accessoire : comme dans toutes les variétés d'autoplastie, les lambeaux doivent tenir en place d'eux-mêmes, et l'on doit considérer, comme une des conditions fondamentales du succès, l'absence de toute espèce de traction ou de tiraillement exercé par les parties sur les sutures. Il est d'ailleurs un point de première importance sur lequel je regrette que M. Poncet n'ait pas insisté davantage : c'est la nécessité d'obtenir très promptement l'adhésion de la face profonde du lambeau avec la surface qu'il recouvre; on y arrive en exerçant sur le lambeau un certain degré de compression: je crois qu'il faut rejeter l'emploi des sutures profondes, capitonnages, sutures du matelassier, préconisées par Maas, qui pourraient déterminer des perforations ou des mortifications partielles du lambeau.

L'opération terminée, le premier soin doit être *d'immobiliser rigoureusement les parties* dans la position qu'elles doivent conserver, jusqu'au jour où le pédicule du lambeau sera coupé. — M. Poncet a simplement eu recours à un bandage roulé, maintenant la jambe fléchie sur la cuisse, dans le premier cas, fixant le bras contre le tronc, dans le second. Dans des cas analogues aux siens et relativement simples, on pourrait s'en tenir à de semblables moyens; et néanmoins la nécessité d'une immobilisation complète est telle, même dans ces conditions, qu'on ne saurait trop l'entourer de précautions. Tagliacozzi faisait préparer longtemps à l'avance le corselet, la capeline et la brassière qui devaient maintenir le bras au contact de la face: dès mes premières opérations, je fis, suivant en cela l'exemple de M. Le Fort, préparer à l'avance l'appareil plâtré qui, moulé sur les parties avant l'opération, devait être appliqué sur elles après son achèvement; le conseil d'agir de la sorte a, depuis lors, été formellement donné par Maas. Voici

comment il convient de procéder : quelques jours avant l'opération, après avoir déterminé très exactement la position à donner aux membres, en se réglant sur l'endroit où doit être pris le lambeau, sur la direction, la forme, les dimensions qn'il faudra lui donner, on moule sur les parties des attelles plâtrées formant des gouttières ouvertes ou des valves qu'on peut enlever après dessiccation. L'opération terminée, on les réapplique sur la région où elles retrouvent tout naturellement leur place, et on les rend solidaires par quelques tours de bande plâtrée. Je n'insiste pas davantage, pour le moment, sur toute cette préparation à l'opération : elle en constitue un acte préliminaire qui n'est ni le plus facile, ni le moins important.

Pour le *pansement*, M. Poncet a eu recours à la gaze iodoformée; c'est ce pansement que j'ai employé dans toutes mes dernières opérations, et j'ai pu de la sorte éviter complètement la suppuration et ne renouveler qu'à de très longs intervalles, et surtout dans un but de surveillance, presque de curiosité, l'appareil posé sur la région. Afin d'exercer sur la surface du lambeau le degré de compression qui est nécessaire pour assurer son adhésion, il faut recouvrir ce pansement d'une certaine quantité d'ouate.

M. Poncet a effectué la *section du pédicule* du lambeau en plusieurs temps, à quelques jours d'intervalle, du huitième au treizième jour après l'opération. Ce laps de temps est plus court que celui pendant lequel j'ai le plus souvent laissé le lambeau adhérent à son lieu d'origine ; il m'est souvent arrivé de ne compléter la division du pédicule que vers le dix-neuvième, le vingt et unième, le vingt-quatrième jour. Pourtant, dans un cas où, par suite du tiraillement exercé sur le pédicule du lambeau, quelques points de suture avaient déjà sectionné les parties molles, et où le lambeau était menacé de désunion, je pratiquai la section du pédicule dès le neuvième jour ; je dois dire qu'à la suite de cette séparation un peu prématurée la vitalité du lambeau resta quelques jours douteuse et que sa mortification me parut même imminente. A part une petite escarre qui se forma vers sa pointe, il n'y eut néanmoins pas de suites fâcheuses et le résultat de l'opération fut ce que l'on pouvait espérer. Je crois qu'un intervalle de douze à dix-sept jours est en général suffisant pour assurer l'établissement des connexions vasculaires nouvelles, grâce auxquelles le lambeau peut tirer sa subsistance du terrain d'adoption sur lequel on l'a fixé; mais il est difficile de donner des règles précises sur ce point, sur lequel on sera principalement renseigné par la parfaite union des bords du lambeau avec la peau environnante, et par celle de sa face profonde avec la surface sur laquelle elle repose.

Quant à la section du pédicule, je l'ai plus souvent pratiquée, comme M. Poncet, en deux ou trois fois, en laissant deux jours d'intervalle entre la division de chacune de ses moitiés ; mais je dois avouer que je n'ai qu'une confiance médiocre dans l'efficacité de ce mode de séparation progressive pour favoriser le développement des relations vasculaires qui unissent ce lambeau au membre sur laquelle il est implanté ; et ses inconvénients, douleurs, saignement notable, mouvements imprimés aux parties immobilisées, nécessité de changer le pansement, sont assez manifestes pour que, dans l'avenir, je cesse d'y avoir recours et que je me décide à sectionner complètement le pédicule en un seul temps.

La section du pédicule achevée, on peut utiliser aussitôt sa partie exubérante pour perfectionner, par une sorte d'autoplastie complémentaire, le résultat obtenu par l'opération.

Dans les deux cas qu'il vous a rapportés, M. Poncet a obtenu le *résultat* qu'il cherchait, c'est-à-dire l'occlusion des pertes de substance qu'il s'agissait de combler ; pourtant, chez son deuxième malade, il est resté une petite lacune dans la réparation, la pointe du lambeau ayant succombé à la *gangrène*. Sur neuf opérations que j'ai faites, je n'ai eu qu'un seul cas de gangrène totale du lambeau ; j'en ai attribué la production à ce que celui-ci s'était trouvé coudé au niveau de son pédicule, plus ou moins comprimé entre les deux membres, qu'un appareil insuffisant n'avait pas empêché de se rapprocher ; probablement aussi à l'idée malheureuse que j'eus de vouloir débarrasser le lambeau de l'abondant tissu adipeux qui le doublait. J'ai vu plusieurs fois de petites escarres de quelques millimètres se produire soit sur les bords, soit au niveau de la pointe du lambeau ; ce petit incident n'a d'autre importance que de retarder un peu la guérison définitive, qu'on obtient aisément, s'il y a lieu, en ajoutant quelques greffes dermo-épidermiques de Reverdin sur la surface granuleuse laissée à nu par la chute de l'escarre.

Comme vitalité, comme souplesse, nos lambeaux n'ont jamais rien laissé à désirer ; rarement ils ont été trop saillants, exubérants, et ils se sont de plus en plus confondus à la longue avec les téguments environnants. Quelques-uns d'entre eux ont, avec le temps, subi une élongation véritable, grâce à laquelle ils ont fini par recouvrir une surface plus étendue que leurs dimensions initiales ne l'eussent pu faire espérer. Jamais ils n'ont été atteints de troubles trophiques ; chez une de mes malades, atteinte de lupus de la face, le lambeau brachial, transplanté à la face, a fini toutefois par subir une légère atteinte de l'affection cutanée qui avait envahi tout le visage.

Quant à la *sensibilité du lambeau*, je ne l'ai vue revenir en gé-

néral que fort lentement. Chez sa première opérée, M. Poncet en avait noté le retour presque immédiat ; mais, dans son second cas, des mois s'étaient passés avant que la peau transplantée eût repris ses fonctions à cet égard. Cette remarque n'a d'ailleurs d'intérêt qu'au point de vue de la physiologie, puisque la sensibilité finit par reparaître avec le temps, et que sa diminution temporaire ne s'accompagne d'aucun désordre dans la nutrition des téguments temporairement anesthésiés.

Somme toute, le résultat de l'opération, dans la plupart des cas connus, a été excellent au point de vue de la restauration de la forme, du rétablissement des fonctions et de la cure de certaines infirmités que l'on pouvait considérer comme incurables sans le secours de l'autoplastie. Le seul désavantage de la méthode italienne réside, comme je l'ai dit, dans une certaine minutie et parfois dans une réelle difficulté du manuel opératoire, dans la nécessité d'une élaboration préalable assez longue du procédé à suivre, et surtout dans le maintien prolongé des parties dans une immobilité rigoureuse et pénible par sa durée, quelques précautions que l'on prenne pour les placer dans une attitude aussi naturelle, aussi peu gênante que possible. Ces inconvénients sont assez manifestes pour qu'on ne puisse substituer aux autres modes d'autoplastie l'autoplastie par la méthode italienne modifiée. Celle-ci reste néanmoins une ressource précieuse pour les cas où les procédés plus simples ne peuvent être appliqués : c'est dire que, dans les indications dont j'ai donné plus haut un aperçu sommaire, elle peut rendre d'inestimables services. J'espère que le travail de M. Poncet et que ces développements, dont j'ai cru devoir en accompagner l'exposition, auront pour effet d'attirer l'attention des chirurgiens sur ce genre encore peu connu d'autoplastie, et d'en rendre désormais l'application plus fréquente et plus sûre.

Présentation de malade.

Ligature de l'artère poplitée au-dessus et au-dessous du sac pour un anévrisme artério-veineux. — Plusieurs cas de ligatures au catgut, dont une de l'iliaque externe,

Par le Dr Just Championnière.

J'ai l'honneur de vous présenter un malade que j'ai opéré à l'hôpital Saint-Louis, le 17 novembre 1887. C'est un homme âgé de 48 ans, atteint d'un anévrisme artério-veineux du creux po-

plité à la suite d'un coup de faux reçu en 1864. Peu à peu son infirmité est devenue pénible, et depuis quelque temps il est empêché de marcher dès que la marche devient un peu longue. Le creux poplité est le siège d'un gonflement assez considérable : battements très marqués, bruit de souffle à redoublement, frémissement vibratoire très intense retentissant dans tout le membre et jusque dans la fosse iliaque, gonflement veineux considérable, dilatation de l'artère crurale et de l'iliaque externe très remarquable. Les mouvements de la poche ont été examinés avec beaucoup de soin par le Dr François Franck, et les caractères propres aux anévrismes artério-veineux ont été bien étudiés.

Constatant l'existence d'une poche anévrismale importante, j'ai pensé que la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous du sac pourrait guérir le mal et présenterait moins de gravité que l'extirpation du sac.

Le 17 novembre dernier, à l'hôpital Saint-Louis, j'ai opéré ce malade en effectuant la ligature sur l'artère poplitée, juste au-dessous de l'anneau du troisième adducteur, et une autre ligature au-dessous du sac, juste au-dessus de la naissance du tronc tibio-péronier.

Les suites de cette opération, faite avec du catgut, ont été extrêmement simples. Cessation immédiate des accidents, un peu de refroidissement et de fourmillement dans le pied. J'ai enlevé les drains le 26 novembre, au premier pansement, et le 4 décembre le troisième pansement a été fait avec un peu de lint. J'ai empêché le malade de se trop hâter de marcher ; cependant vous voyez qu'aujourd'hui, 4 janvier, la marche n'est pas gênée, son état est excellent. Tout battement ou bruit caractéristique a disparu.

Je n'ai pu vous amener un autre sujet que j'avais opéré juste huit jours auparavant pour un énorme anévrisme artériel spontané du pli de l'aine. Cet homme, âgé de 60 ans, avait vu débuter sa tumeur en 1883 ; mais depuis quatre mois l'accroissement en avait été si rapide, qu'il commençait à marcher très mal ; la tumeur, animée de battements violents, dépassait le volume du poing ; elle empiétait largement sur la fosse iliaque. Dès le mois d'août dernier, je lui avais conseillé la ligature de l'iliaque externe.

Depuis quelques semaines, la tumeur avait tellement augmenté, qu'il y avait une urgence véritable à la pratiquer.

Le 10 novembre 1887, j'opérai ce malade à l'hôpital Saint-Louis. Je fis, immédiatement en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, l'incision recommandée pour l'iliaque primitive. Je fus amené, en effet, par le volume de la tumeur, à jeter les fils sur l'iliaque externe, mais tout auprès de la naissance de l'iliaque interne.

Les suites de cette opération furent aussi simples que celles de la précédente. Cessation immédiate des battements; refroidissement assez intense du pied.

Premier pansement le 18 novembre, enlèvement du drain. Le 3 décembre, pansement au lint boriqué. Le malade est parti pour son pays, marchant bien, le 30 décembre 1887; il devait faire un long voyage en chemin de fer.

Ce n'est pas la première fois que j'opère ainsi pour les anévrismes. Le 1er octobre 1883, j'ai pratiqué l'extirpation du sac pour un anévrisme de la pédieuse, avec mon ami le Dr Marelot : suites excellentes, réunion parfaite, aucune élimination.

Le 2 février 1885, avec le Dr Crouzet (de Creil), j'ai opéré un homme atteint d'anévrisme diffus de la jambe, suite de fracture des deux os. J'ai fait la ligature de la fémorale à la pointe du triangle de Scarpa. J'ai eu le même succès complet, la même guérison de l'anévrisme, la même absence de suppuration, aucune élimination du fil.

Je tiens à appeler votre attention sur ce fait. On a beaucoup médit du catgut; pour moi, je m'en suis toujours très bien trouvé.

Je vous rappelle que Lister a sept fois, avec le catgut, pratiqué la ligature de grosses artères pour anévrisme, avec succès. Moi, je vous présente une extirpation du sac et quatre ligatures sur trois sujets, avec suite parfaite, aucune élimination du fil. Comme le professeur Lister, je n'emploie que de la corde à boyau préparée par moi-même. Ceci, par parenthèse, nous est particulièrement facile, parce que Paris est le siège de la fabrication des cordes à boyau les plus solides et les mieux travaillées.

Je soumets ces cordes à boyau à la première préparation indiquée par Lister : huile, acide phénique et eau. Je considère ce procédé comme bien supérieur à tous les autres, à l'huile de genévrier, à l'acide chromique, etc.

Dans la pratique de la ligature du vaisseau, j'emploie une manœuvre qui n'est peut-être pas originale, mais dont je me trouve très bien. Je passe toujours deux fils. Si l'un venait à casser, je n'aurais pas à en passer à nouveau; s'il ne casse pas, ce que j'ai toujours vu, je lie le second au-dessus du premier. Loin de craindre de trop grosses masses de catgut, je suis convaincu que ces fils, s'infiltrant d'éléments jeunes, périphériques, forment une sorte de squelette pour les formations nouvelles, un véritable étai pour la paroi de l'artère. Comme il n'y a pas de suppuration, il n'y a pas d'élimination. Je crois qu'il y a là un petit perfectionnement qui vaut la peine qu'on l'adopte.

En tout cas, il m'a réussi, et j'ai pensé qu'il y avait intérêt à mettre sous vos yeux ces exemples de ligatures de grosses artères.

N'oublions pas qu'il ne s'agit pas seulement d'abréger la cure, de la rendre moins douloureuse, plus heureuse pour l'esthétique, ou pour la conservation des mouvements. Mais il y a, pour le professeur Lister comme pour moi, dans ce procédé une garantie contre l'hémorrhagie secondaire, la possibilité de lier les artères à peu près partout où l'on veut, au voisinage des collatérales. Avec cet immense progrès du professeur Lister, la ligature des gros troncs et l'extirpation du sac deviennent si simples, si sûres, que les méthodes dites de douceur, non sanglantes, si incertaines et si peu sûres, perdront énormément de terrain. On y aura recours exceptionnellement, les deux premières méthodes restant méthodes générales et heureuses.

Discussion.

M. Kirmisson. J'ai observé un cas semblable. Il s'agissait d'une ligature de l'iliaque externe à fil perdu faite avec du catgut. Il n'y eut pas d'élimination de fil. J'ai fait de nombreuses ligatures d'artères dans les mêmes conditions et avec le même succès. Mais je crois, comme M. Lucas-Championnière, que, pour avoir de tels résultats, on ne saurait apporter trop de soins dans la préparation du fil de catgut que l'on emploie.

Élections.

La Société procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un Membre titulaire, de deux Associés étrangers, de deux Correspondants étrangers et de quatre Correspondants nationaux.

Candidats présentés par les commissions.

MEMBRE TITULAIRE.

En première ligne : M. Reynier.
En deuxième ligne : MM. Prengrueber, Routier.
En troisième ligne : MM. Bazy, Brun, Delorme, Jalaguier.

ASSOCIÉS ÉTRANGERS.

MM. Bryant (Londres), Th. Holmes (Londres).

CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

MM. Cecherelli (Parme), Gory (Amsterdam).

CORRESPONDANTS NATIONAUX.

MM. Charvot (Armée), Bousquet (Clermont-Ferrand), Defontaine (Creusot), Poncet (Lyon).

Résultats des scrutins.

MEMBRE TITULAIRE.

Nombre de votants, 30; majorité, 16.

Ont obtenu :

MM. Reynier	22	voix.
Routier	5	—
Prengrueber	3	—

En conséquence, M. Reynier est nommé *Membre titulaire* de la Société de chirurgie.

ASSOCIÉS ÉTRANGERS.

Nombre de votants, 30; majorité, 16.

Ont obtenu :

MM. Bryant	30	voix.
Holmes	30	—

En conséquence, MM. Bryant et Holmes sont élus *Membres associés étrangers* de la Société de chirurgie.

CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

Nombre de votants, 30; majorité 16.

Ont obtenu :

MM. Cecherelli	29	voix.
Gory	29	—
Bulletins nuls	2	—

En conséquence, MM. Cecherelli et Gory sont élus *Membres correspondants étrangers* de la Société de chirurgie.

CORRESPONDANTS NATIONAUX.

1er *tour.* — Votants, 29; majorité, 15.

MM. Poncet, *élu*	27	voix.
Bousquet, *élu*	15	—

MM. Cauchois	14	voix.
Houzel	12	—
Charvot	11	—
Defontaine	10	—
Dubar	10	—
Guerlain	6	—
Jeannel	3	—
Auffret	1	—
Catrin	1	—
Chavasse	1	—
Dianoux	1	—
Fontorbe	1	—
Gripat	1	—
Masse	1	—

En conséquence, MM. Poncet et Bousquet sont élus, au premier tour de scrutin, *Membres correspondants nationaux* de la Société de Chirurgie.

2e *tour.* — Votants, 30; majorité, 16.

Ont obtenu :

MM. Cauchois, *élu*	22	voix.
Houzel, *élu*	19	—
Dubar	6	—
Charvot	5	—
Guerlain	5	—
Defontaine	3	—

En conséquence, MM. Cauchois et Houzel sont élus, au deuxième tour de scrutin, *Membres correspondants nationaux* de la Société de Chirurgie.

Comité secret.

La Société se forme en Comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Chauvel sur les travaux présentés pour le concours du prix Laborie.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

Ch. Monod.

Séance du 18 janvier 1888.

Présidence de MM. Lannelongue et Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Des lettres de remerciements de : M. Paul Reynier, nommé membre titulaire ; MM. Poncet (de Lyon), Cauchois (de Rouen), Houzel (de Boulogne-sur-Mer), Bousquet (de Clermont-Ferrand), nommés membres correspondants ; MM. Th. Holmes et Bryant (de Londres), nommés associés étrangers ; MM. Gori (d'Amsterdam) et Cecherelli (de Parme), nommés correspondants étrangers ; MM. Nimier, Barrault et A. Petit, lauréats de la Société ;

3° Une lettre annonçant la mort de M. Vanzetti (de Padoue), membre associé étranger ;

4° Le programme du congrès pour l'*étude de la tuberculose humaine et animale,* qui doit se tenir en juillet prochain, à Paris ;

5° *Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose,* 2e fascicule du tome Ier, offert par M. Verneuil ;

6° *De l'épilepsie jacksonnienne*, par le Dr E. Rolland [de Laforce (Dordogne)], précédé d'une notice par le Dr E. Monod et d'une introduction par le Dr Arnozan ;

7° *Du traitement des fractures du maxillaire inférieur par un nouvel appareil,* par M. Claude Martin, médecin-dentiste, à Lyon ;

8° *De la périostite ostéosplatique des métatarsiens à la suite des marches,* par le Dr Parizot, médecin-major de 2e classe ;

9° *A case of gastrotomy for cancer of the œsophagus*, par Collins Warren (de Boston).

Installation du bureau pour l'année 1888.

M. Lannelongue, président sortant, s'exprime en ces termes :

Messieurs,

Avant de quitter ce fauteuil, je tiens à vous exprimer une dernière fois ma gratitude pour le poste élevé que vous m'avez confié durant un an. Je prie mon éminent collègue M. Polaillon de prendre possession des fonctions de Président de la Société de chirurgie.

M. Polaillon, en prenant le fauteuil de la présidence, prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers Collègues,

C'est un très grand honneur d'être appelé à présider la Société de chirurgie, qui est devenue l'organe le plus important de la chirurgie française. Je ressens vivement cet honneur, mais je suis loin de m'en enorgueillir, car je le dois un peu à mon ancienneté parmi vous, beaucoup à votre affection. Je vous en remercie du fond du cœur. Je m'efforcerai de remplir mes fonctions de président à la satisfaction de tous. De votre côté, mes chers collègues, continuez-moi votre bienveillance ; ajoutez-y l'indulgence dont j'ai besoin.

Le fonctionnement de vos séances ne laisse, pour votre président, qu'un seul point à désirer : c'est la difficulté d'épuiser vos ordres du jour en temps opportun, en raison du nombre toujours croissant des auteurs qui viennent vous apporter leurs travaux. Cette richesse, dont il ne faut pas se plaindre, vous impose l'obligation d'abréger, autant que possible, les discussions improvisées, et même de prolonger la durée des séances, afin de consacrer plus de temps à entendre, sans trop de retard, vos communications et les communications des chirurgiens étrangers. Avec votre aide, j'espère arriver à ce résultat.

A tous ceux qui ambitionnent de faire partie de la Société de chirurgie, je puis annoncer que vous aurez à nommer, pendant l'année, deux et probablement trois membres titulaires, et que vous aurez à examiner s'il n'y a pas lieu d'augmenter le nombre des membres correspondants.

Avant de commencer l'ordre du jour, je vous propose, messieurs, de voter des remerciements aux membres du bureau sortant, à M. Lannelongue, votre président, qui a dirigé vos débats avec tant d'autorité et de distinction; à M. Terrillon, votre secré-

taire annuel, qui a rédigé vos procès-verbaux avec soin et exactitude.

Je vous propose aussi de nous associer aux éloges que M. Lannelongue a donnés, dans son dernier discours, à ceux des membres du bureau qui restent avec nous; à M. Chauvel, notre secrétaire général; à M. Schwartz et à M. Terrier, dont vous connaissez le zèle et le dévouement à vos intérêts.

A propos du procès-verbal.

1° *Greffes cutanées.*

M. Kirmisson. A propos de l'intéressant rapport de M. Berger sur l'autoplastie, je désire rapporter brièvement un cas dans lequel j'ai imité la conduite suivie par M. Poncet (de Lyon) dans l'observation qu'il vous a communiquée.

Il s'agissait d'un homme de 40 ans environ, présentant à la partie inférieure de la jambe droite, un peu au-dessus et en avant de la malléole externe, une ulcération rebelle, suite d'une brûlure ancienne. Après avoir habitué pendant quelques jours le malade à la flexion forcée de la jambe sur la cuisse, je taillai, à la partie inférieure de la région fessière, un lambeau qui, laissé adhérent par son pédicule, fut appliqué sur la perte de substance jambière préalablement avivée. Le lambeau conserva tout d'abord sa sensibilité, et nous pûmes espérer un succès ; mais bientôt il prit une teinte sphacélique, et lorsque son pédicule fut détaché, le 11e jour, il se mortifia en grande partie. La base seule du lambeau resta vivante, et le résultat obtenu fut presque nul. Il est difficile de préciser les causes de cet échec ; on peut dire que le lambeau reposait sur une base de tissu cicatriciel, peu propre à la réunion ; on peut incriminer le catgut dont nous nous étions servis pour les sutures, l'enlèvement d'une couche trop épaisse de tissu cellulo-adipeux à la face interne du lambeau. Mais nul doute qu'il ne faille faire jouer un rôle aux mouvements involontaires de la jambe sur la cuisse. Le malade avait beau être plein de courage et de patience, cette flexion forcée du membre est extrêmement pénible, et il est bien difficile d'empêcher qu'il ne se produise de petits déplacements amenant des tiraillements du lambeau.

Aussi, bien que la conduite de M. Poncet soit des plus ingénieuses, je pense qu'il serait préférable d'emprunter, en pareil cas, le lambeau à la jambe du côté opposé. La position à donner au malade serait infiniment moins pénible. C'est là, du reste, le

procédé que j'ai vu employer par Billroth, au mois de novembre dernier.

Chez un jeune homme, un lambeau avait été emprunté à la jambe gauche pour réparer une large ulcération de la jambe du côté opposé. Au 14e jour, le lambeau fut complètement détaché devant moi ; il était parfaitement vivant. Ce mode d'autoplastie avec lambeau adhérent par son pédicule paraît, du reste, très employé à la clinique de Billroth.

J'ai pu voir un malade auquel on avait ainsi restauré la paume de la main, aux dépens d'un lambeau emprunté à la région lombaire ; pour cela, la main avait été maintenue derrière le dos pendant quelque temps ; le résultat fonctionnel était excellent.

Je citerai aussi une petite fille de 5 ans qui a été opérée par l'ancien assistant de Billroth, le Dr von Acker ; elle était atteinte de rétraction cicatricielle des deux régions poplitées, produisant une flexion forcée de la jambe sur la cuisse et rendant la marche impossible. Après avoir sectionné le tissu de cicatrice, le chirurgien, relevant les membres inférieurs sur les côtés du tronc, avait emprunté des lambeaux à la région thoracique au-dessous du mamelon. Le résultat était excellent ; la petite malade, opérée depuis plusieurs mois quand je l'ai vue, marchait avec la plus grande facilité.

Ce procédé opératoire peut donc rendre les plus grands services. A propos de la blépharoplastie, dont M. Berger a parlé en terminant, je lui demanderai s'il donne la préférence à la méthode italienne, telle qu'il l'a mise autrefois en pratique dans son observation communiquée à la Société de chirurgie, ou bien s'il ne préfère pas l'autoplastie avec lambeaux complètement détachés, d'après le procédé créé en 1870 par M. Le Fort ?

M. Berger. L'observation de la malade sur laquelle j'ai pratiqué la blépharoplastie par la méthode italienne se charge de répondre à la question que vient de me poser M. Kirmisson. Cette observation est, d'ailleurs, publiée dans nos Bulletins (nouv. série, t. VI, p. 203, 17 mars 1880, et t. VII, p. 678, 27 juillet 1881) ; aussi je me borne à en rappeler les traits principaux.

La malade était atteinte d'un double ectropion cicatriciel dépendant d'un lupus de la face paraissant guéri, mais ayant laissé une déformation telle du visage que le bord ciliaire des paupières inférieures confinait au bord muqueux de la lèvre supérieure à gauche, et que nulle part, sur la face, il ne restait de peau saine aux dépens de laquelle on pût tailler un lambeau et tenter une réparation. L'œil gauche, sans cesse découvert, était sur le point de se perdre, et la kératite dont il était atteint ne laissait aucun repos à

la malade, qui avait déjà perdu l'œil droit par le fait d'une complication semblable.

Je vous ai dit qu'après avoir libéré et suturé les bords palpébraux du côté gauche j'appliquai sur la perte de substance qu'avait déterminée leur libération un grand lambeau de peau taillé sur le bras, lambeau que je laissai vingt et un jours adhérent au membre supérieur par son pédicule. Celui-ci ayant été sectionné, le lambeau vécut, conserva sa vitalité, sa souplesse et ses dimensions jusqu'à la mort de la malade, qui eut lieu, quelques années après, par le fait d'une tuberculisation pulmonaire. Un an environ après l'opération, le lambeau brachial transplanté à la face subit même une légère atteinte de lupus, sans que sa nutrition en fût sensiblement altérée, et l'opérée put conserver la vision de l'œil gauche.

Encouragé par ce résultat, je voulus, quelques mois après, tenter une opération semblable sur la paupière du côté droit; mais ayant pu juger des difficultés que présentait, dans un pareil cas, l'autoplastie par la méthode italienne, et désirant éviter à la malade les suites horriblement pénibles et fatigantes de ce mode d'autoplastie, je résolus, après avoir libéré et suturé les bords palpébraux, de restaurer la face cutanée de la paupière inférieure droite au moyen d'une greffe cutanée véritable, d'un lambeau long et large, emprunté à la peau du dos, complètement détaché, dépouillé avec soin de son tissu cellulaire sous-cutané, et transplanté à la face. Je pratiquai donc cette opération ainsi que je l'avais résolue ; quelques jours après, le lambeau transplanté avait pris une coloration grisâtre et paraissait mortifié; je voulus couper son extrémité externe, qui s'était détachée et pendait; je fus étonné de voir la surface de section saigner et le lambeau se recouvrir d'une teinte rosée ; je le conservai donc, et il vécut ; mais, contrairement à mon attente, ce lambeau, qui avait constitué un magnifique revêtement cutané à la paupière inférieure, se rétracta, et, graduellement, s'atrophia de telle sorte qu'au bout de quelques mois il ne représentait plus qu'une surface de 2 centimètres de longueur sur 1 de largeur environ.

Cet insuccès final, malgré la réussite primitive de la réunion du lambeau, opposé au beau résultat permanent que m'avait donné, chez la même malade, la méthode italienne, m'a déterminé à renoncer, en pareil cas, aux greffes cutanées, complètement détachées de leur point d'origine et transplantées à distance. Je pense que la séparation complète du lambeau de son point d'attache compromet d'une manière trop grave la circulation et ne lui permet plus que de vivre d'une vie obscure, suffisante pour lui permettre de ne pas succomber à la nécrose, mais qui le voue à une atrophie définitive, quoique plus ou moins tardive. Dans tous les

cas d'autoplastie par la méthode italienne que j'ai observés, au contraire, non seulement les lambeaux ne se sont pas atrophiés, mais ils n'ont fait, avec le temps, que gagner en souplesse, en mobilité, en résistance et même en étendue, à partir du moment de l'opération.

M. Le Fort. Je crois que M. Berger aurait tort s'il voulait généraliser les conclusions auxquelles il est arrivé sur la rétraction des lambeaux autoplastiques.

En effet, sur un de mes malades, sur lequel j'avais transplanté un lambeau complètement détaché, cette rétraction ne s'est pas produite.

On sait que, pour que l'autoplastie par greffe réussisse, il ne faut pas laisser de tissu cellulaire dans le lambeau ; mais l'on doit se garder de raser de trop près la face profonde de la peau, sinon on ne fait qu'une sorte de greffe dermo-épidermique, du genre de celles de Reverdin, bien qu'un peu plus épaisse. Il n'est pas étonnant, dès lors, qu'on obtienne des résultats analogues à ceux que donne cette dernière méthode. Le lambeau adhère, active la cicatrisation, mais ne persiste pas dans le point où il a été placé. Entre l'ablation nécessaire du tissu cellulaire graisseux de la peau et l'abrasion complète, il y a donc une limite qu'il faut observer ; si on la franchit, on risque de voir se produire ces gangrènes moléculaires des lambeaux transportés, qui ont été signalées dans quelques cas.

M. Berger. Je me suis gardé de jamais faire les abrasions complètes dont parle M. Le Fort. La face profonde vasculaire et graisseuse du derme doit, en effet, être conservée.

M. Le Dentu. J'ai eu quatre fois recours aux greffes par le procédé de M. Le Fort.

Dans un de ces cas, l'insuccès fut complet, sphacèle, rien ne fut conservé. Dans les trois autres, le résultat immédiat fut bon. Je m'étais appliqué à recouvrir toute la surface de la plaie d'une mosaïque de greffes, qui toutes vécurent. Mais, comme M. Berger, j'ai observé ultérieurement la rétraction du lambeau cutané ainsi obtenu.

Dans un cas, la rétraction fut très étendue. Dans un autre, elle ne fut que d'un tiers à deux cinquièmes. En fin de compte, le résultat fut bon.

En thèse générale, par conséquent, il faut s'attendre à voir se produire cette rétraction des greffes. Aussi doit-on prendre pour règle absolue de tailler les lambeaux plus grands qu'il ne semble, à première vue, nécessaire. Si l'on agit ainsi, si l'on tient compte,

dans ses évaluations, du retrait de la peau transplantée, le résultat définitif sera satisfaisant.

M. Le Fort. Un mot encore. Je crois qu'il faut, autant que possible, ne transporter sur les plaies que des lambeaux de peau de même nature, ou mieux de même texture que celle de la région où existe la perte de substance. Ainsi, on ne greffera pas sur la face un fragment de la peau du dos, dont les qualités sont toutes différentes.

M. Lucas-Championnière. Pendant mon séjour à l'hôpital Tenon, où les ulcères variqueux abondaient, j'ai eu occasion, aidé par des internes zélés et attentifs, de faire de nombreuses tentatives pour hâter la cicatrisation de ces plaies rebelles. J'ai fait, en particulier, de nombreux essais de greffe. Or, et ceci vient à l'appui de ce qu'a dit M. Berger, j'ai remarqué que les grands lambeaux dermo-épidermiques, empruntés, par exemple, à une jambe récemment amputée, ne donnaient pas de bons résultats définitifs. La greffe prenait, vivait un certain temps et paraissait devoir durer ; mais, au bout de six à huit semaines, elle se flétrissait et disparaissait. Nous en étions arrivés à ne plus prendre que de très petits lambeaux et à toujours les emprunter au malade lui-même ; nous avons remarqué que, dans ces conditions, la greffe prenait mieux et vivait mieux.

2° *De l'emploi du catgut.*

M. Monod. Il me paraît intéressant et important à la fois — à propos de la remarquable observation de ligature double de la poplitée à fil de catgut perdu, qui nous a été communiquée dans la dernière séance par notre collègue M. Lucas-Championnière — de vous signaler en peu de mots un récent travail du professeur Kocher (de Berne), dont vous connaissez tous la notoriété scientifique.

Ce travail pourrait être intitulé : *A bas le catgut— Fort mit dem Catgut*, comme il le dit lui-même.

Il se fonde, pour justifier cet ostracisme, sur une série de cas malheureux, au nombre de vingt-cinq, observés l'été dernier, à sa clinique, dans une période de sept semaines. Tous ces cas se ressemblent ; à la suite de l'opération, la plaie, fermée à l'aide de fils de soie, se réunit bien, tout semble marcher à souhait. Mais au bout de quelques jours, ordinairement vers le huitième, survient de la réaction locale profonde ; la plaie se désunit, ou bien il faut la rouvrir : suppurations, phlegmons diffus ou gangreneux, tout le

cortège des accidents des plaies infectées se montre ; ce n'est qu'au prix d'efforts multiples, de lavages antiseptiques répétés, de contre-ouvertures, qu'on parvient à triompher de ces complications. Deux fois on n'y réussit pas, et les malades succombent.

Désespéré de ces résultats, auxquels il n'est pas habitué, Kocher fait la revue minutieuse de tout son matériel opératoire et arrive à la conviction que le catgut seul peut être incriminé.

Il renonce absolument à son emploi, et le remplace par de la soie fine au sublimé. Dès lors, la scène change du tout au tout ; il n'a plus que des succès opératoires.

Sur 62 opérations faites sous le règne de la soie, dont il nous donne le résumé, toutes sont exemptes d'accidents. La réunion par première intention ne manque jamais, souvent même sans drainage de la plaie. Et il ne s'agit pas de cas sans importance. Il cite en particulier un cas de désarticulation de la hanche ; ablation du drain au bout de vingt-quatre heures, et des sutures au bout de quarante-huit ; la réunion superficielle et profonde est complète.

Et encore trois extirpations de goitre faites dans la même séance ; pas de drains ; ablation des sutures au bout de quarante-huit heures ; réunion par première intention.

A une série de 11 extirpations de goitre faites au temps du catgut, dans lesquelles il y eut suppuration dans tous les cas, sauf un seul, il oppose 16 opérations semblables de la seconde série (soie), à la suite desquelles la réunion par première intention, sans drainage de la plaie, fut toutes les fois obtenue.

Je note encore au passage, pour la rapprocher de celle de M. Championnière, une observation de ligature de la carotide droite et de la sous-clavière, chez une femme de 60 ans, pour un anévrisme du tronc brachio-céphalique — fils de soie — réunion par première intention.

Kocher ajoute textuellement que cette remarquable modification dans les résultats opératoires a été obtenue, dans les mêmes conditions extérieures, « dans le même local, avec le même personnel, avec le même pansement, les mêmes substances antiseptiques. » Une seule modification a été apportée, la substitution de la soie au catgut pour les sutures et les ligatures d'artères.

Ces faits viennent, d'une façon bien saisissante, à l'appui des remarques présentées par M. Championnière, sur la nécessité, pour avoir des résultats semblables à ceux qu'il obtient, de ne se servir que de fils de catgut préparés avec le plus grand soin, et, à vrai dire, préparés par le chirurgien lui-même ; car on ne saurait se fier aux produits fournis par le commerce.

D'autre part, s'il est vrai qu'avec des fils de soie trempés dans une solution de sublimé au millième on obtient d'aussi bons résul-

tats qu'avec le catgut, dont la préparation est minutieuse et longue, ne serait-il pas préférable, comme le conseille Kocher, de renoncer à se servir de ce dernier ; toute simplification dans l'application de la méthode antiseptique, qui est, de son essence, toujours un peu compliquée, étant chose éminemment désirable.

M. Lucas-Championnière. L'interprétation que donne Kocher des faits qu'il a observés, ou plutôt la conclusion qu'il en tire n'est pas bonne.

Le catgut du commerce est mauvais et malpropre ; le fil est mauvais et la préparation qu'on lui fait subir défectueuse. On doit renoncer à s'en servir. Pour ma part, je n'ai jamais observé d'échecs pareils à ceux qu'a enregistrés Kocher. Il est vrai, comme je l'ai dit, que je prépare toujours mon catgut moi-même. Donc ce n'est pas le catgut qui est coupable, mais le chirurgien. Employez de bon catgut, et vous aurez de bons résultats. Pour ce qui est de la *soie*, il y a longtemps que Lister a montré que la soie, même bien préparée, ne se résorbant pas, peut ne pas s'enkyster, doit alors être éliminée, et expose par là même à des accidents. Pour ma part, je lui préfère le catgut, qui se résorbe et ne s'élimine pas. Je conserve cependant la soie dans mes opérations sur le ventre, pour la ligature du pédicule, parce qu'elle sectionne mieux les tissus et particulièrement les filets nerveux. Il est certain, d'autre part, que les conditions favorables à l'enkystement du fil sont meilleures dans le ventre que dans un moignon d'amputation ; une expérience longue et multipliée le démontre.

En deux mots, donc, je ne fais pas le procès à la soie, je ne la considère pas comme mauvaise, mais je crois le catgut meilleur.

M. Kirmisson. Je demanderai à M. Monod si Kocher se sert toujours, pour ses pansements, de sous-nitrate de bismuth. Lors de ma visite à Berne, j'ai vu dans son service nombre de suppurations, qui, pour moi, étaient en partie attribuables à ce mode de pansement.

M. Monod. Kocher paraît avoir complètement renoncé au bismuth et ne plus se servir, dans la majorité des cas, que de gaze désinfectée, trempée dans une solution de sublimé au millième.

M. Marc Sée. Je m'élève absolument contre l'assertion de M. Kirmisson. Je me sers journellement de bismuth pour mes pansements, et je n'ai qu'à m'en louer.

M. Terrier. Je tiens à protester hautement contre les résultats obtenus par Kocher et les conclusions qu'il en tire. S'il s'est servi

d'un catgut mal préparé, septique, il n'est pas étonnant qu'il ait eu des accidents. Ce n'est pas une raison pour le condamner et le proscrire.

Communication.

Luxation, sans traumatisme appréciable, des deux épaules à trois jours d'intervalle. — Réduction après huit semaines. — Guérison,

Par M. Le Fort.

Dans les premiers jours de janvier 1887, je fus appelé à donner des soins à M. de M..., atteint de luxation des deux épaules, et que nos confrères MM. les Drs Roques, Andral et Colin, réunis en consultation à Menton, voulaient bien m'adresser dans les circonstances suivantes :

M. de M..., âgé de 42 ans, avait été atteint, à l'âge de 17 ans, de deux chancres et d'un bubon non suppuré. A 18 ans, il présenta des ulcérations à la gorge, mais il ne paraît avoir fait à cette époque aucun traitement sérieux. En 1886, c'est-à-dire après un intervalle de vingt-quatre ans, ce malade, qui habitait l'Amérique du Sud, étant venu à Paris, et un peu préoccupé des accidents survenus dans sa jeunesse, consulta M. Ricord, qui lui prescrivit des pilules de protoiodure de mercure.

Les amis du malade me racontèrent qu'au commencement de novembre 1886 il avait eu subitement, étant au café, un accès épileptiforme. Le malade n'avait pas souvenir de cet accident et ne se rappelle pas avoir eu jamais aucune attaque d'épilepsie.

Quoi qu'il en soit, le 25 novembre 1886, le malade, qui n'avait éprouvé ni dans l'une ni dans l'autre épaule aucune douleur, aucune gêne, s'aperçut, en se réveillant le matin dans son lit et à son heure ordinaire, qu'il ne pouvait mouvoir facilement l'épaule gauche et que les quelques mouvements qu'il pouvait faire étaient douloureux. Il envoya chercher un chirurgien qui constata une luxation et fit le matin même une tentative de réduction pendant le sommeil chloroformique. Voyant qu'il ne réussissait pas, il dit au garçon de l'hôtel, le seul aide qui l'assistât, qu'il ne pouvait réussir dans ces conditions et se retira.

Lorsque le malade se réveilla, il envoya chercher un médecin du voisinage. Le hasard le servit assez mal. Celui-ci vint avec un masseur, se fit tout d'abord payer ses honoraires, après quoi le masseur imprima au bras des mouvements dans tous les sens, déclara la luxation réduite et appliqua une écharpe.

Trois jours après, le 28 novembre et dans les mêmes conditions que précédemment, le malade, en se réveillant, sentit de la douleur dans l'épaule droite et de la gêne dans les mouvements du bras correspon-

dant. Il fit appeler le même médecin, qui vint avec le même masseur; celui-ci fit pour le bras droit ce qu'il avait fait pour le gauche, déclara encore la luxation réduite, mit les deux bras en écharpe et conseilla au malade d'aller dans le Midi se reposer de ses émotions. Le malade suivit aussitôt ce conseil et se rendit à Menton.

Arrivé dans cette ville, il voulut avoir l'avis d'un médecin quant à la nécessité de conserver son écharpe. Il consulta M. le Dr H..., qui lui apprit que ses luxations n'avaient pas été réduites et persistaient encore. Deux tentatives furent faites pendant le mois de décembre, toutes deux sur le bras gauche, toutes deux avec anesthésie, toutes deux sans succès. C'est alors que le malade consulta MM. les Drs Andral, Collin et Roques; ceux-ci, réunis le 7 janvier 1887, ne crurent pas devoir faire de nouvelles tentatives et m'adressèrent le malade.

En l'examinant, je constatai qu'il existait à droite et à gauche une luxation intracoracoïdienne complète. Le deltoïde étant un peu atrophié, il était facile de sentir la tête au-dessous et en dedans de l'apophyse coracoïde; les doigts glissés dans l'aisselle étaient serrés entre le thorax et la face interne de l'humérus; on ne pouvait atteindre la tête, et l'on ne pouvait que très peu écarter le bras du corps, non-seulement à cause de la luxation, mais surtout parce que depuis près de huit semaines le malade portait le bras collé au corps.

La sensibilité au toucher et à la piqûre était intacte sur tout le membre, les muscles du bras avaient conservé leur contractilité, mais il ne paraissait pas en être de même du deltoïde, des sus- et sous-épineux.

Le 12 janvier, aidé de M. le Dr Ménard, mon chef de clinique; de MM. Lejars et Leroy, mes internes, je tente la réduction de la luxation de l'épaule gauche. Je plaçai à la façon de Malgaigne l'écharpe d'extension au-dessus du coude, et l'écharpe de contre-extension passant obliquement dans l'aisselle fut fixée à la tête du lit et à la droite du malade. Je me servais de moufles ordinaires et du dynamomètre. Mon intention n'était pas de dépasser 100 kilogrammes, car j'étais invité à la prudence par la rétraction des parties molles due à la position gardée depuis huit semaines, et par l'obscurité même de la cause productive de cette double luxation, qu'on pourrait qualifier de spontanée. Je dépassai cependant de beaucoup, et à mon insu, la limite que je m'étais posée. Celui de mes aides qui s'était chargé de la surveillance du dynamomètre confondit la graduation par pression avec la graduation par traction, de sorte que la force déployée pour la réduction monta à 180 kilogrammes.

La traction fut faite en bas et un peu en dehors, de manière à écarter le bras du corps, un peu moins qu'à l'angle droit. J'imprimai au bras tout d'abord des mouvements d'abduction, de flexion en avant, de circumduction, de rotation sur son axe, afin de mobiliser la tête et de détruire les adhérences qui pouvaient exister; puis je tentai la réduction par le procédé qui me sert d'ordinaire, la propulsion directe avec la main placée dans l'aisselle, terminée en cas de non-réussite par la

bascule. Cinq tentatives, faites coup sur coup pendant la traction avec les mouffles, furent infructueuses. Pendant ces cinq tentatives les muscles antérieurs et postérieurs de l'aisselle, ainsi que la peau, étaient fortement tendus. La tête se dégageait de l'apophyse coracoïde, arrivait devant la cavité glénoïde, mais ne se replaçait pas dans cette cavité. Je fis alors détacher les cordes et les mouffles; je plaçai à la racine du bras, immédiatement sous l'aisselle, une serviette pliée en cravate, avec laquelle M. Ménard tirait le haut de l'humérus, directement en dehors. La traction était opérée par deux aides, pendant qu'avec la main gauche placée dans l'aisselle je faisais la propulsion, puis la bascule. Cette fois la réduction fut opérée complètement.

Je plaçai le bras dans une écharpe de Mayor, et pour ménager les forces du malade, qui avait été anesthésié assez longtemps, un peu aussi parce que nous-mêmes étions fatigués de ces efforts plusieurs fois répétés, je remis à huit jours la réduction de l'épaule droite.

Le 19 janvier, avec le concours des mêmes aides, je répétai les mêmes manœuvres. La traction toutefois ne fut portée qu'à 90 kilogrammes. Je mobilisai la tête par des mouvements en différents sens, et j'essayai deux fois, mais inutilement, pendant les tractions, la propulsion et la bascule, aidées de la rotation du bras en dehors ; je fis détacher les mouffles, et pendant la traction, faite seulement par deux aides, je réussis avec la propulsion directe.

Les deux luxations étaient réduites; mais comme elles paraissaient s'être produites en dehors de tout traumatisme violent, j'étais assez préoccupé de la possibilité d'une récidive. C'est ce qui me fit employer les moyens dont je parlerai tout à l'heure. Tout d'abord je maintins jusqu'au 1er février les deux bras croisés sur la poitrine et maintenus par une écharpe de Mayor. Toutefois, pour éviter les raideurs articulaires, je faisais, tous les trois ou quatre jours, exécuter au bras de légers mouvements d'abduction et des mouvements étendus de propulsion en avant. Au 1er février, j'imaginai et j'employai un appareil qui rendit grand service au malade. L'expérience m'a montré que chez des malades atteints de luxation fréquente de l'épaule la luxation ne se produit pas dans les mouvements de propulsion du bras en avant : que le mouvement d'abduction directe n'est pas dangereux s'il ne dépasse pas l'angle droit; mais que la luxation se reproduit avec la plus grande facilité si, à un mouvement d'abduction, même limité, se joint un mouvement, même minime, de propulsion du coude en arrière ; c'est ce qui m'a amené à imaginer un appareil que j'ai décrit il y a une douzaine d'années, et qui, chez les malades à luxations récidivantes, permet librement la propulsion en avant, ne permet qu'une abduction limitée et empêche toute propulsion en arrière. Je crois avoir publié l'histoire d'un de mes malades de Necker, que j'ai soigné pour la soixante-douzième luxation, auquel j'ai fait appliquer cet appareil et qui depuis a pu reprendre ses fonctions de jardinier aux Tuileries et n'a plus eu depuis deux ans une seule récidive.

Malheureusement, M. Collin ne pouvait en moins de quinze jours fabriquer cet appareil, et le malade désirait vivement reprendre un peu

de liberté pour le bras et assez de liberté de l'avant-bras pour pouvoir manger seul. Je construisis alors l'appareil suivant, destiné à permettre des mouvements un peu étendus des bras en avant, à ne permettre qu'un léger mouvement d'abduction et à empêcher tout mouvement en arrière. Cet appareil, applicable aux luxations unilatérales ordinaires après leur réduction, était ainsi disposé : une courroie en tissu entoure le bas de la poitrine. Une autre courroie de même nature forme un brassard attaché au-dessus du coude. Ce brassard est relié à la ceinture par deux courroies, l'une plus longue, fixée sur la partie moyenne du thorax, permet un certain mouvement en avant et un mouvement assez étendu en dehors ; l'autre, attachée à la partie antéro-latérale de la poitrine, permet également l'écartement des bras, mais s'oppose à tout mouvement en arrière ; j'avais pu facilement constater une paralysie des deux deltoïdes avec légère atrophie de ces muscles. A partir du 11 février, j'employai à la fois la faradisation et les séances de quelques minutes d'abord avec vingt-quatre éléments, puis avec quarante-huit éléments de Gaiffe. Les muscles, insensibles d'abord à la faradisation, se contractent par les courants continus à quarante-huit éléments ; après quelques semaines, ils obéissent à la faradisation et à des courants continus moins forts. Il fallut cependant, pour leur rendre toute leur énergie, continuer les séances d'électrisation jusqu'au mois de juin, en en faisant deux ou trois par semaine. A partir du 25 février, le malade avait fait usage des courants continus faibles et permanents appliqués pendant la nuit. La plaque positive était appliquée en arrière du cou, les deux plaques négatives sur les deux bras. Au mois de juin, la contractibilité musculaire du deltoïde, du sus-épineux, du grand pectoral était devenue normale.

Le 1er mars, le malade commence à porter à chaque bras mon appareil en cuir moulé, articulé à l'épaule et destiné à prévenir la récidive des luxations ; il peut dès lors couper sa viande, manger facilement de la main droite. Les mouvements du bras gauche sont un peu plus difficiles.

A partir du mois de mai, je fais installer un appareil d'exercice pour faciliter les mouvements d'élévation directe et d'abduction. Il consiste simplement en une poulie fixée au plafond, sur laquelle glisse une corde qui s'attache au poignet et dont l'autre extrémité, tirée tantôt par le malade, tantôt par son valet de chambre, communique alternativement aux deux bras les mouvements d'élévation et d'abduction. Avec l'aide de ces moyens, les mouvements spontanés sont complètement rétablis dans l'épaule droite au commencement de juillet ; les mouvements de l'épaule gauche sont très étendus, bien qu'ils n'aient pas complètement leur étendue normale. A partir de cette époque, le malade cesse tout traitement mécanique et abandonne les appareils de soutien.

En raison des accidents syphilitiques antérieurs, imparfaitement combattus par un traitement, tardivement prescrit et fort mal suivi, j'avais lieu de supposer que les accidents épileptiformes qui s'étaient montrés avant les luxations, mais n'avaient pas reparu, pouvaient être attribués à une syphilis cérébrale ; je prescrivis donc dès les premiers

jours un traitement par le sirop de Gibert, auquel je dus adjoindre pour le soir un peu de bromure de potassium, en raison d'insomnies persistantes; le traitement antisyphilitique fut continué pendant quatre mois. A cette époque, la santé générale paraissait tout à fait rétablie.

L'observation de ce malade m'a paru intéressante à plusieurs titres. Si on a pu observer simultanément deux luxations de l'épaule par suite d'un mince traumatisme, je ne me souviens pas avoir jamais rencontré dans mes lectures de cas dans lesquels cette double luxation se serait effectuée ainsi à quelques jours d'intervalle et sans traumatisme évident.

Si même la luxation n'avait porté que sur une seule épaule, son mécanisme n'en resterait pas moins fort obscur. Si j'ai trouvé, lorsqu'il m'a été donné d'examiner le malade, surtout lorsque les luxations ont été réduites, une paralysie du deltoïde, on ne saurait attribuer cette luxation à une paralysie préexistante, pas plus qu'à une arthrite, ou à une déformation de l'articulation, puisque, avant la luxation, le malade avait la liberté et l'intégrité complète des mouvements de l'épaule, qu'il n'y éprouvait aucune gêne, aucune douleur.

Il est difficile d'admettre la spontanéité d'une luxation à l'épaule, survenant non à l'état de récidive, mais pour la première fois, et cela pendant le sommeil. J'ai eu cependant l'occasion de voir, il y a deux ans, un cas analogue. Il s'agissait d'un officier supérieur qui se réveilla le matin avec une vive douleur de l'épaule, accompagnée de gonflement de la région. On crut à un rhumatisme, et lorsque, trois mois après, j'eus l'occasion d'examiner ce malade, je constatai une luxation sous-épineuse, qui, très probablement, datait du premier jour de la maladie.

Dans l'observation actuelle, en raison de l'attaque épileptiforme antérieure, attaque légère mais constatée par les amis du malade, on peut supposer que l'une et l'autre luxation, survenues à trois nuits d'intervalle, ont été occasionnées par une attaque nocturne dont le malade n'a pas eu conscience. On ne saurait du moins l'attribuer à une chute sur le parquet, puisque le malade s'est chaque fois réveillé dans son lit; il restait donc à soupçonner de violentes contorsions des membres; mais déjà à ce point de vue l'observation serait digne d'attention, car cette cause de luxation a été fort peu constatée pour des luxations non récidivées de l'épaule.

Je désire également attirer l'attention sur quelques particularités de la réduction. J'ai dit que, dans la première opération, cinq fois les manœuvres de réduction avaient échoué pendant l'action des mouffles; qu'il en avait été de même pour trois tentatives dans

la deuxième opération, et que, dans l'une et dans l'autre, j'avais pu réussir pendant que je me contentais de faire tirer par deux aides. On ne saurait objecter que dans ces dernières tentatives, suivies de succès, le résultat heureux a été obtenu parce que la tête luxée et retenue par des adhérences avait été mobilisée par les tentatives antérieures quoique infructueuses. L'explication n'est pas acceptable, car cette mobilisation de la tête, premier temps de toute réduction dans ces circonstances, avait été effectuée dès la première tentative.

Une autre cause peut et doit, je pense, donner l'explication de cet insuccès. Dans les luxations de l'épaule déjà un peu anciennes (et dans ce cas, bien que la luxation ne datât que de huit semaines, les tentatives antérieures de réduction avaient rendu la situation plus difficile), les muscles, relâchés par la position anormale de la tête humérale, se rétractent. Les tractions énergiques tendent très fortement les muscles rétractés, et, bien que le malade soit complètement anesthésié, la tension mécanique des muscles reproduit l'obstacle que crée, chez un malade non endormi, la contraction musculaire.

La tête se trouve énergiquement fixée par ces muscles, tendus comme des cordes, non dépressibles; elle n'obéit pas à l'impulsion que cherchent à lui communiquer les doigts qui pressent sur elle pour la ramener en place.

Au contraire, lorsque, après des tractions énergiques, la tête a été mobilisée et attirée en bas, si on se borne à une traction légère, les muscles modérément tendus restent dépressibles et la réduction devient possible et quelquefois facile.

Deux fois j'ai eu l'occasion de constater les mêmes faits dans des luxations anciennes du coude que j'eus l'occasion de réduire à l'hôpital Beaujon. Dans les deux cas, je me servis de l'appareil de Jarvis modifié par Charrière, et je ne pus réussir à réduire pendant les tractions. J'enlevai alors l'appareil et, par le simple procédé des pouces, je réussis de suite à réduire seul ces deux luxations par la simple propulsion en arrière, puis en avant. Ici l'obstacle que crée la traction violente est un peu différent, tout en ayant des points communs avec ceux que je viens de signaler pour la réduction des luxations de l'épaule.

Dans la réduction des luxations du coude en arrière, il faut que l'apophyse coronoïde passe sous le bord de la trochlée humérale; il faut donc allonger en quelque sorte les muscles du bras pour écarter l'une de l'autre les surfaces articulaires de l'humérus et des os de l'avant-bras. Dans le procédé ordinaire, employé pour les luxations récentes, procédé qui m'a toujours réussi, souvent même sans anesthésie préalable, les deux pouces appuyant sur

l'olécrâne, ou à la fois sur l'olécrâne et la cupule radiales, pressent sur le cubitus dans le sens d'une ligne qui continuerait l'axe longitudinal de l'humérus; puis, lorsque l'apophyse coronoïde s'est abaissée, les deux pouces propulsent l'avant-bras directement en avant, le coude étant fléchi. Or, si l'on se sert de l'appareil de Jarvis, ce double mouvement ne peut plus s'exécuter, du moins le premier, et ce n'est que par l'énergie de la traction que la face antérieure de l'apophyse coronoïde, qui forme un plan incliné, glisse sur la face inférieure de la trochlée. Pour glisser, il faut que le cubitus et le radius puissent s'écarter de l'humérus, et ils ne peuvent le faire, par suite de la tension du triceps et surtout du biceps, fortement fixé par la plaque antérieure sur laquelle la traction prend son point d'appui. Au contraire, une fois le coude mobilisé par les tractions, on peut, lorsqu'on a retiré l'appareil, exécuter facilement les deux mouvements d'écartement des surfaces articulaires et de propulsion en avant.

Je crois donc que dans la réduction des luxations anciennes de l'épaule et du coude il faut, à l'aide des mouffles ou de l'appareil de Jarvis, exercer de fortes tractions, exécuter des mouvements qui détruisent les adhérences et mobilisent l'os luxé. Mais, une fois cet effet obtenu, il faut abandonner les mouffles et l'appareil, ne pas reproduire par l'excès de tension des muscles les obstacles que crée à l'état de veille la contraction musculaire, agir par des tractions modérées et par les procédés généralement en usage pour les luxations récentes.

Discussion.

M. Després. Il y a deux parties à considérer dans la communication de M. Le Fort : l'une est relative aux luxations presque spontanées, l'autre aux indications générales du traitement des luxations anciennes du coude et de l'épaule.

Pour ce qui est du premier point, les luxations presque spontanées, ou se reproduisant du moins avec une désespérante facilité, je rappellerai le cas d'un homme que plusieurs d'entre vous ont eu peut-être occasion de voir dans leurs services.

Lorsqu'il s'est présenté à moi, il portait une luxation de l'épaule se reproduisant pour la cinquante-troisième fois. Chez ce malade, tous les mouvements du membre étaient possibles et se produisaient sans encombre; il pouvait en particulier porter le bras dans l'abduction jusqu'à le mettre dans un plan horizontal perpendiculaire à l'axe du corps; mais dès que ce degré d'abduction était franchi, toutes les fois que le membre porté dans l'élévation forcée se rapprochait de la tête, la luxation se reproduisait

aussitôt. Elle se réduisait tout aussi aisément par l'abaissement du bras et le refoulement de la tête à l'aide du pouce porté dans l'aisselle. Quatre fois de suite, je pus ainsi reproduire et réduire le déplacement.

Je cherchai alors à me rendre compte de la cause du phénomène.

J'appris que la luxation, lorsqu'elle s'était produite pour la première fois, avait succédé à une chute dans laquelle le membre avait été violemment tordu. La déchirure de la capsule articulaire avait dû être très étendue. Au bout de six mois, la luxation se reproduisait, et depuis lors avec de plus en plus de facilité.

Lors de mon examen, il y avait manifestement de l'arthrite sèche de l'épaule; mais de plus on sentait très nettement, en explorant le sommet du creux de l'aisselle, un défaut de résistance sous le doigt, indiquant la déchirure persistante de la capsule.

J'appliquai à cet homme un appareil particulier de mon invention, un sorte de spica de l'épaule et du tronc, fait avec des bandes élastiques. Cet appareil n'eut pas l'effet voulu, il n'empêcha pas la luxation de se reproduire. Je crois que, sur le conseil de quelque élève du service, ce malade a dû aller se faire poser l'appareil mieux combiné de M. Le Fort.

Sur le second point, celui du traitement des luxations anciennes, M. Le Fort est venu défendre des idées personnelles, qui étaient aussi celles de Malgaigne.

Je partage son avis. J'ai toujours réussi à réduire les luxations anciennes de l'épaule, à condition qu'elles ne datassent pas de plus de 4 mois, par les procédés de douceur, et en particulier par le procédé dit « du pouce ». Mais toujours, auparavant, il faut épuiser la contraction musculaire par un moyen quelconque, appareil de Jarvis, lien de caoutchouc, traction soutenue des aides, etc.

M. Le Fort. Je ne me suis pas occupé des luxations récidivées de l'épaule. La luxation, chez le malade dont j'ai rapporté l'histoire, n'était pas une luxation de récidive.

Dans ces cas, j'ai toujours recours à l'appareil que j'ai décrit, et qui donne en effet un bon résultat.

Je laisse cela de côté.

Pour ce qui est de l'autre point, M. Després confond. Tout le monde sait que la force musculaire doit être vaincue lorsque l'on veut réduire une luxation récente. Dans les luxations anciennes, il est aussi nécessaire de déployer une grande force. Mais le plus ordinairement, et c'est sur ce point que j'attire l'attention, pendant qu'on exerce cette traction, violente et nécessaire, on cherche en

même temps à réduire. Nous avons tous fait ainsi, moi tout le premier. Or, ce n'est pas commode, et le plus souvent la réduction ne s'obtient pas ainsi. Pour le coude en particulier, si l'on agit de la sorte, on échouera toujours.

Ce que je suis venu dire est ceci : Employez la force pour *mobiliser* l'articulation blessée ; mais, pour *réduire,* servez-vous, comme pour la luxation récente, des procédés de douceur.

Communication.

De certaines difficultés d'application de l'entérotome ordinaire. Modification instrumentale,

Par M. Verneuil.

Tous les chirurgiens savent la difficulté que l'on éprouve quelquefois à placer l'entérotome de Dupuytren pour la cure de l'anus contre nature, soit que l'éperon soit trop profond, soit qu'il se présente obliquement. Cet éperon est d'ailleurs flottant, mobile, dépressible, l'instrument le repousse, et l'on est fort surpris, vérification faite, de voir combien peu de substance a été saisie entre les mors.

D'ailleurs, l'instrument est lourd, mal commode ; il se déplace aisément au moment où l'on serre la vis de rappel.

Ces inconvénients divers, qui m'avaient frappé comme tout le monde, m'ont conduit, dans un cas, il y a plusieurs années déjà (1876), à une petite modification instrumentale que je désire vous soumettre.

Dans ce cas, d'ailleurs, l'éperon était placé de telle façon que l'entérotome de Dupuytren n'était pas applicable.

Il s'agissait d'un anus contre nature iléo-vaginal ouvert dans le cul-de-sac postérieur du vagin [1]. Le toucher permettait à peine d'atteindre le sommet de l'éperon. Lorsque au doigt je substituai un entérotome pour essayer de saisir la languette intestinale, celle-ci fuyait devant l'instrument, et je ne saisissais rien. On se rappellera que j'agissais à une profondeur de 12 centimètres environ.

J'eus alors l'idée d'introduire jusqu'à l'orifice intestinal, bien mis à découvert au moyen d'un spéculum, une pince à polypes longue de 25 centimètres, à arrêt, et de saisir l'éperon dans ses mors. J'y

[1] L'observation a été insérée *in extenso* par M. L.-H. Petit dans un important mémoire intitulé : De l'anus contre nature iléo-vaginal et des fistules intestino-utérines (*Annales de gynécologie*, t. II, p. 400 et 425; 1882).

réussis sans peine. Lorsque la pince tomba, elle entraîna avec elle une escarre sèche, mince, ayant exactement la forme et les dimensions de ses mors.

J'avais gardé de ce fait l'impression qu'une simple pince à pansement pourrait à la rigueur suffire pour détruire l'éperon dans l'anus inguinal ordinaire.

Je reconnus cependant bientôt que la pince à pansement des trousses avait des mors trop courts; la pince à polypes étant d'autre part trop longue pour les anus de l'aine, je priai M. Collin de vouloir bien me construire une pince entérotome à arrêt. C'est l'instrument que je vous présente.

Voici, maintenant, comme je conseille de l'appliquer.

J'ai parlé de la mollesse de l'éperon et de la facilité avec laquelle il fuit devant l'entérotome. J'y remédie par la fixation préalable de l'éperon, que je réalise de la manière suivante.

L'index de la main gauche porté sur l'orifice cutané de l'anus contre-nature cherche l'éperon et s'engage au-dessus ou au-dessous de lui. On glisse alors le long d'un des bords de cet index une pince hémostatique ordinaire avec laquelle on saisit le bord libre de l'éperon sur une étendue de 7 à 8 millimètres.

On confie cette première pince à un aide et l'on en place une autre de la même manière, à un centimètre environ de distance.

Ces deux pinces maintenues parallèlement servent à fixer et à attirer audehors l'éperon, dont on arrive ainsi à apercevoir directement le bord libre.

Reste alors à placer la pince entérotome. On la glisse entre les deux précédentes et on l'enfonce à la profondeur que l'on veut, sans que l'éperon puisse fuire son action. Quand on est arrivé assez loin, on fixe l'instrument au cran d'arrêt, et l'opération est terminée. Deux minutes en moyenne suffisent pour l'exécuter. Les deux pinces hémostatiques sont aussitôt retirées.

Pour le reste, on fixe la pince entérotome d'une manière convenable jusqu'à sa chute, qui a lieu en général vers le cinquième jour.

Si une seule application est reconnue insuffisante, on en fait une seconde. On sait du moins à chaque fois ce que l'on prend.

L'instrument que je propose est en somme beaucoup plus simple que celui de Dupuytren, s'applique plus aisément et donne un résultat meilleur.

Discussion.

M. Després. Je vous ai communiqué en 1885 l'observation d'un malade atteint d'anus contre nature, opéré par moi en 1884. Je me suis servi, pour la section de l'éperon, de la pince à phimosis de

Ricord. Son avantage est que ses mors sont plus larges et qu'elle n'est pas coupante. On n'emploie plus d'ailleurs l'instrument primitif de Dupuytren; il a été modifié d'abord en obtenant l'écart parallèle des deux branches, puis encore en rendant les mors plus larges.

Je rappellerai enfin que Kœberlé, dans la très remarquable observation de résection de l'intestin qu'il est venu vous lire, ayant eu ultérieurement à fermer l'anus contre nature qui subsistait après son opération, s'est, pour la section de l'éperon, purement et simplement servi de la pince à forcipressure.

M. Pozzi. L'entérotome à écartement parallèle dont a parlé M. Després appartient à M. Richet, qui a eu le premier l'idée de cette modification.

Je ferai remarquer que M. Kœberlé, dans son cas, avait *chaussé* de caoutchouc les mors de sa pince pour rendre la pression plus douce; je demanderai à M. Verneuil s'il juge cette précaution utile.

J'ajoute enfin que dans l'observation de M. Kœberlé il s'agissait d'une fistule abdominale, facilement accessible, tandis que M. Verneuil était obligé d'agir au fond d'une cavité, sur un orifice hors de vue et presque hors de portée du doigt.

M. Le Fort. Je constate que la pince de M. Verneuil se démonte en deux parties. Cela est important. L'anus contre nature est souvent irrégulier, d'où résultent des difficultés d'introduction, qui peuvent être surmontées, si l'on peut appliquer successivement les deux branches.

M. Verneuil. Je ne suis pas venu poser ici une question de priorité; l'on sait d'ailleurs que je n'ai pas pour habitude de fatiguer les sociétés savantes de la présentation de procédés nouveaux.

M. Després m'accordera cependant que l'observation de M. Kœberlé étant de 1881 et la mienne de 1876, je ne puis être considéré comme ayant imité la pratique de ce dernier, pas plus qu'il ne m'est possible de lui faire hommage de celle que j'ai suivie.

Le point sur lequel j'insiste est celui-ci : avec les anciens entérotomes, lorsque l'on serre la vis de rappel, l'éperon file, et l'on saisit entre les mors de l'instrument beaucoup moins de substance que l'on ne croit; la perte de substance peut donc être tout à fait insuffisante. Ce que je propose, c'est de fixer préalablement l'éperon avec deux pinces à arrêt ordinaires, entre lesquelles il est ensuite facile de placer, à bonne hauteur ou mieux à bonne profondeur, l'instrument préhenseur que je vous ai présenté et qui n'est en somme qu'une pince à forcipressure modifiée.

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 38.2.88. *Le Gérant :* G. MASSON.

Présentation de pièce.

Salpingite suppurée. — Ablation des deux trompes distendues par une quantité de pus considérable,

Par M. Championnière.

Voici une pièce que je vous demande pardon d'avoir déjà montrée à une autre Société, mais elle est assez curieuse pour mériter de vous être présentée :

Le 9 janvier 1888, j'ai opéré, à Saint-Louis, une femme âgée de 37 ans, dont j'avais ponctionné une tumeur abdominale, le 31 décembre dernier. J'avais retiré douze cents grammes de pus, et j'estimais que ce grand volume du liquide pouvait exclure l'idée d'une trompe suppurée.

Le 9 janvier, à l'ouverture du ventre, très largement faite, je ponctionnai d'abord une tumeur gauche très douloureuse. J'en retirai un litre de pus. L'extirpation de cette tumeur, qui n'était autre chose que la trompe gauche, fut extrêmement laborieuse, parce qu'elle avait des adhérences extrêmement solides au niveau du ligament large gauche. La voici ouverte, vous voyez sa surface tomenteuse, ses plaques blanchâtres. Vous ne trouvez pas l'ovaire; était-il disparu, était-il fondu avec une tumeur fibreuse utérine que j'ai laissée en place? Je ne saurais vous le dire.

Du côté droit, tumeur plus volumineuse. C'était celle qui avait contenu au moins douze cents grammes de liquide. La voici tout entière, distendue par le pus. On dirait un estomac, une cornemuse. Vous voyez à une extrémité les franges du pavillon, à l'autre, l'extrémité utérine de la trompe contenant un peu de matière caséeuse. Au voisinage, l'ovaire parfaitement intact. Vous pouvez remarquer toutefois cette petite queue qui montre qu'il a dû en rester dans le moignon. C'est pour cette raison que j'ai cautérisé vigoureusement le pédicule avec le thermocautère.

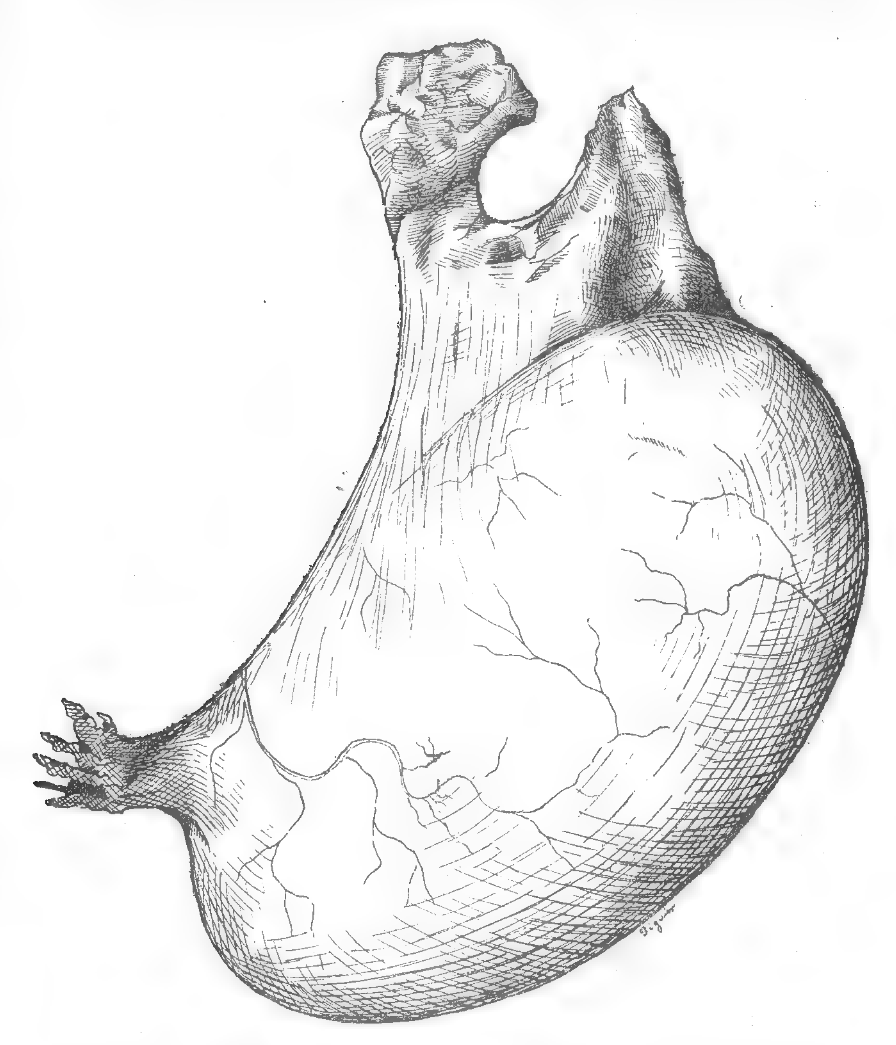
A propos de cette pièce, dont j'ai donné toute la description à la Société de gynécologie, j'attirerai votre attention sur plusieurs points :

D'abord, le volume énorme de cette tumeur. La plus grosse trompe dont Lawson Tait ait donné la description contenait sept cents grammes de liquide, soit la moitié.

Puis cette femme, dont les deux trompes étaient détruites depuis longtemps, n'avait *jamais* eu aucun trouble menstruel. Vous savez qu'une théorie bizarre fait jouer à la trompe un rôle primordial dans la menstruation à l'exclusion de l'ovaire et de l'ovulation.

En revanche, la conservation parfaite de la menstruation coïncide

avec l'intégrité parfaite d'un ovaire. Ce n'est pas une preuve absolue, mais une grosse présomption en faveur de la théorie qui joint l'ovulation à la menstruation. A l'appui de cette manière de



Cette planche représente la trompe droite réduite environ à la moitié de sa grandeur. Elle contenait, lors de la ponction, 1,200 centimètres cubes de pus. L'ovaire parfaitement sain a été enlevé avec elle.

voir, je puis encore citer le fait d'une femme à laquelle j'ai pu enlever uniquement les deux ovaires sains, sans toucher même à une frange des trompes; la disparition de la menstruation a été immédiate. Deux années se sont écoulées depuis.

Enfin, en ce qui concerne la nature de cette salpingite, j'ai eu certainement un soupçon de tubercules. Je n'en ai pas la preuve anatomique. La femme a des antécédents de famille tuberculeux, elle a eu des glandes dans l'enfance et possède assez mauvaise figure. Toutefois, elle a parfaitement supporté l'opération, et peut être considérée comme guérie.

La planche qui accompagne cette observation représente la tumeur droite, malheureusement le dessin à dû être réduit beaucoup de volume pour entrer dans le texte, mais sa forme et son aspect sont bien conservés.

Discussion.

M. Kirmisson. L'examen histologique de cette pièce a-t-il été fait? A certains caractères on pourrait croire qu'il s'agit de lésions d'origine tuberculeuse.

M. Lucas-Championnière. La malade ne présente actuellement aucune origine de tuberculose ; mais je comprends la question de M. Kirmisson. Je me la suis posée à moi-même en examinant la pièce. J'ai fait pratiquer un examen histologique. Je n'en ai pas encore le résultat.

Présentation de malade.

Kyste de la queue du sourcil,

Par M. Larger.

M. Larger présente un malade qui, à la suite d'un traumatisme reçu sur l'angle externe de l'œil, offre aujourd'hui, dans la région de la queue du sourcil, une petite tumeur qui a toutes les apparences cliniques du kyste dermoïde. Il se demande et demande à la Société s'il s'agit en effet d'un kyste dermoïde ou d'une tumeur d'origine traumatique.

L'avis de la plupart des membres présents est qu'il s'agit là d'un kyste dermoïde.

Ce malade sera opéré, M. Larger présentera la pièce.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,

Ch. Monod.

Séance du 25 janvier 1888.

Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Des lettres de remerciement de MM. VILLAR, PONSSON, MÉTOXAR-ZANI, lauréats de la Société pour 1887.

A propos du procès-verbal.

1° *Présentation d'échantillons de catgut,*

Par M. CHAMPIONNIÈRE.

M. CHAMPIONNIÈRE. A propos du procès-verbal qui s'occupe du catgut, dont je vous ai parlé à une dernière séance, j'ai pensé qu'il serait intéressant de vous montrer quelques échantillons. Il serait bon d'arrêter cette légende de l'excellent catgut allemand, que quelques-uns de nos collègues ont introduite jusques ici.

Le catgut, boyau de chat, en français, est, ce que tout le monde sait, une corde faite avec des tissus fibreux du boyau de mouton. La meilleure corde à boyau, au point de vue harmonique, est la corde à boyau italienne, dite de Naples.

La meilleure, au point de vue de la solidité, de la régularité, est la corde française. Les fabriques de Paris en envoient dans toutes les parties du monde, et en particulier en Allemagne.

Pour préparer le catgut suivant la formule primitive de Lister, que je continue à considérer comme la meilleure, j'ai employé des cordes de violon, de harpe et même de banjo, donnant une corde fine et solide, excellente pour les sutures péritonéales ou intestinales.

J'ai recommandé depuis longtemps la corde que l'on place comme squelette dans le sol filé du violon. Ces cordes peu blanchies sont très résistantes, mais sont des cordes à un brin pour

avoir plus d'homogénéité et rester bonnes au point de vue harmonique.

Un grand industriel de Paris, M. Bing, qui dirige une des plus belles fabriques de cordes à boyau, m'a fabriqué une corde spéciale, faite avec trois brins très fins tordus sur eux-mêmes. La corde est susceptible du même poli que les autres, est tout aussi souple; mais, à volume égal, elle présente une résistance bien plus considérable, presque trois fois plus grande. Elle n'a probablement pas les qualités harmoniques de l'autre corde, mais cela serait indifférent au fabricant, puisqu'il ne ferait celle-ci que pour le chirurgien.

J'ai la conviction qu'avec ce fil on pourra employer des types beaucoup plus fins, ce qui présente quelques avantages pour la facilité de la striction.

Je suis convaincu, en outre, que cette ténacité spéciale permettra d'abréger notablement le temps consacré actuellement à la préparation dans un liquide spécial.

Enfin, j'espère avec cette corde faire réussir certains modes de préparation rapide, qui avaient jusqu'ici l'inconvénient de donner des fils trop peu résistants.

Je tiendrai la Société au courant du résultat des essais que je poursuis actuellement.

M. Pozzi. Quelques chirurgiens se sont déjà servis du catgut pour des ligatures, dans lesquelles il faut déployer une grande force de striction; telles, par exemple, que les ligatures du pédicule dans les ovariotomies. D'autres ont hésité à l'employer pour cet usage, craignant de déterminer, par la violence exercée, la rupture du fil.

Cette hésitation n'aura plus de raison d'être aujourd'hui que, grâce au catgut tressé, on n'aura plus la même crainte.

Je désire aussi attirer l'attention de mes collègues sur la préparation que je fais subir à mon catgut. Elle a l'avantage d'être rapide, tout en donnant un produit dont on peut être sûr. Celle de M. Lucas-Championnière est lente, elle exige plusieurs mois. Je me sers de l'essence de bois de genévrier (*oleum ligni juniperi*) qu'il ne faut pas confondre avec l'huile de baies de genévrier. Je fais tout d'abord tremper mes rouleaux de catgut, pendant trois heures, dans la solution aqueuse de sublimé à 1/1000; je les plonge ensuite dans l'essence de genévrier pendant huit jours au moins; je les retire ensuite et les conserve dans l'alcool rectifié. Au moment de s'en servir, on place le fil durant quelques instants dans la solution aqueuse de sublimé à 1/1000, ce qui le gonfle légèrement, mais lui donne une souplesse bien plus grande.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Je connais bien la préparation dont vient de parler M. Pozzi. Mais il m'a paru que le catgut ainsi obtenu ne se résorbait pas très bien. De plus il est dur à la main.

Je ne fais pas cependant d'objection en principe contre cette açon de faire. Il y a de nombreux modes de préparation du catgut; fil en est plusieurs qui sont réellement bons. J'en étudie moi-même un en ce moment plus rapide que celui que j'ai suivi jusqu'ici.

M. POZZI. Pour ramollir le catgut à l'huile de genévrier, que M. Championnière trouve dur, il suffit de le laisser un peu plus longtemps dans la solution de sublimé avant de s'en servir. Au bout de dix minutes d'immersion, il devient mou, trop mou.

2° *Hémato-salpingite suppurée. Laparotomie,*

Par M. POZZI.

M. POZZI. A propos de la communication faite, dans notre dernière séance, par M. Lucas-Championnière, je présente une pièce relative à une hémato-salpingite suppurée. Le kyste de la trompe gauche est très grand, du volume des deux poings. Il contient encore quelques caillots; toute sa surface est tomenteuse, ses parois épaisses en certains points, très minces en d'autres, notamment en arrière, où existe une perforation par où le liquide de l'hémato-salpingite suppurée s'était évacué dans le rectum huit jours avant l'opération. A la suite de cette évacuation, la poche s'était de nouveau remplie de pus.

L'opération a été faite il y a trois jours, on a enlevé aussi la trompe et l'ovaire du côté droit, atteint de lésions peu avancées. La malade va bien, la température n'a pas dépassé 37°. L'observation sera publiée ultérieurement.

Rapport.

Contribution à la question de l'influence du traumatisme sur la grossesse (observations et expériences), *par M.* JEANNEL.

Rapport par M. MARCHAND.

M. le Dr Jeannel a adressé à la Société un mémoire relatif à l'influence qu'exercent les traumatismes sur la marche de la grossesse.

Ce travail se compose de deux parties : dans la première, l'auteur cherche à montrer l'action sur la gestation des complications septicémiques des plaies ; la seconde est une observation communi-

quée à l'auteur par un de ses confrères, et qui tendrait à prouver que la grossesse peut continuer son cours, malgré des hémorrhagies graves provenant d'une affection chirurgicale siégeant dans un organe très voisin de l'utérus.

Observation. — Mme X..., femme de 21 ans, mariée, mère déjà de deux enfants, forte, vigoureusement constituée, enceinte de cinq mois, subit, le 30 août 1884, un écrasement de la main avec arrachement musculaire considérable, produit par une machine à peigner le chanvre (engrenage doué d'un mouvement lent et continu).

L'avant-bras ne tenait plus que par un pédicule musculo-cutané gros comme le doigt. La presque section des parties écrasées s'était faite à la réunion du tiers inférieur avec le tiers supérieur de l'avant-bras ; les muscles divisés s'étaient rétractés vers le coude. La désarticulation du coude par la méthode circulaire fut choisie par l'auteur, parce qu'elle permettait de conserver intacte la peau de la partie supérieure de l'avant-bras, et de réséquer les muscles déchirés aussi haut que pouvaient remonter leurs altérations.

L'accident avait eu lieu à trois heures de l'après-midi, l'amputation vers six heures et demie, soit quatre heures après l'accident. La température de la malade était normale. La plaie fut suturée avec quatre points au crin de Florence et un pansement de Lister appliqué. La perte de sang a été de 150 à 200 grammes.

31 *août*. Nuit bonne. Quelques douleurs vagues dans les reins et le ventre. Col utérin mou ; l'orifice externe permet l'introduction de la pulpe de l'index dans le canal cervical. Un quart de lavement laudanisé.

T. matin, 37°,01 ; soir, 38°.

1er *septembre*. Pansement renouvelé. T. matin, 37°,8 ; soir, 38°,2.

2 *septembre*. T. matin, 37°,09 ; soir, 38°.

5 *septembre*. Contre-ouverture au niveau du cul-de-sac olécrânien pour un abcès développé à ce niveau.

T. matin, 37°,1 ; soir, 37°,2.

10 *septembre*. Gonflement du bras depuis la veille, avec température à 38°. Le matin du 10 septembre, apyrexie.

L'opérée a bonne mine, bon appétit, ne souffre pas du ventre.

11 *septembre*. Érythème simple apyrétique.

28 *septembre*. Guérison.

L'observation qui précède ne renferme en elle-même aucun renseignement particulier. Elle rentre dans la catégorie des traumatismes graves qui n'ont eu, par eux-mêmes, aucune action malfaisante sur l'appareil utérin gravide. Le nombre des faits de ce genre est considérable déjà, et les Bulletins de la Société de chirurgie en renferment un certain nombre, et des plus intéressants.

Ici, comme M. Verneuil l'avait fait remarquer à propos de la désarticulation de l'épaule, pratiquée par Nicaise, l'absence de

toute réaction utérine peut être attribuée à la modération de la fièvre consécutive; car la température n'a pas dépassé 38°,4. Présentant la plus grande analogie avec les autres pyrexies graves, fièvre typhoïde, fièvre intermittente, fièvres éruptives, pneumonie, etc., c'est la fièvre traumatique, non le traumatisme lui-même, dont il faudrait incriminer la puissance abortive.

M. Jeannel connaît et partage cette opinion ; aussi a-t-il voulu lui donner une sanction expérimentale.

Il choisit une grosse chienne de 5 ans, ayant déjà porté plusieurs fois, et qui, au moment de l'expérience, est pleine d'environ un mois et demi ou deux mois. De légers mouvements fœtaux, perçus au travers de la paroi abdominale, témoignent que les petits sont bien vivants.

Le 11 octobre, on injecte sous la peau du dos, à droite de l'épine, une demi-seringue de Pravaz d'un liquide putride obtenu par la macération dans l'eau, pendant quatre jours, d'un morceau de poumon plein de sang. Résultat nul : un peu d'étonnement immédiat, quelques frissonnements douteux. La chienne mange, une heure après, avec voracité.

Le soir, nouvelle injection d'une seringue entière du même liquide, même région, du côté opposé, et suivie d'un même résultat négatif.

Le 12 octobre, nouvelle injection d'une seringue entière. Gonflement douloureux de la région ; mais aucun phénomène général.

N'espérant plus rien des injections sous-cutanées, le 13 octobre, M. Jeannel dénude la veine saphène droite et pousse très positivement dans sa cavité une seringue entière de liquide putride.

Aussitôt après, la chienne saute et mange. Elle tremble un peu au chenil. Le 14 au matin, abattement, prostration ; *il y a eu évidemment de la fièvre pendant la nuit*, comme *c'est, du reste, la règle après pareille injection*, ajoute l'auteur.

A 9 heures du matin, la chienne avorte de douze petits, qui meurent successivement ou viennent morts.

Le 15, la chienne est bien portante, sans fièvre ni péritonite. Elle mange avec appétit ; de même, les jours suivants.

M. le Dr Jeannel conclut de l'expérience dont je viens de relater les principaux traits, que la fièvre traumatique jouit d'une puissance abortive bien démontrée ; car c'est cette fièvre, provoquée expérimentalement, qui aurait amené l'avortement du sujet en expérience.

Il a suffi, fait-il observer, de la pénétration d'une seule dose du pyrogène, engendrant un seul accès de fièvre septique, pour aboutir à l'avortement.

Ce n'est donc pas la septicémie aiguë, poursuit-il, c'est la fièvre septique primitive ou simple qui a l'influence abortive. De même, en clinique, il n'est pas besoin que les blessées soient septicé-

miques, dans le sens grave du mot; il suffit qu'elles aient la fièvre traumatique ; c'est pourquoi ce sont les premiers jours du trauma qui constituent la période périlleuse. Ce que peut la fièvre traumatique, la septicémie et la pyohémie le peuvent *à fortiori ;* mais ni l'une ni l'autre ne sont nécessaires.

Les affirmations précédentes ne sont guère justifiées, me semble-t-il, par la partie clinique du travail de M. Jeannel ; et la partie expérimentale présente des lacunes qui lui enlèvent une grande partie de sa valeur démonstrative.

Il suffit de se rappeler les températures présentées par la malade. Elles témoignent suffisamment de l'existence d'une fièvre septicémique, peu grave, il est vrai, mais réelle pourtant. Quelques chirurgiens, Volkmann en particulier, ont nié l'origine septicémique de la fièvre consécutive primitive et bénigne. Mais, outre que cette distinction est loin d'être bien établie et universellement admise, dans le cas qui nous occupe, il y a eu suppuration ; un abcès a dû être ouvert et drainé ; de plus, un érythème bénin, dont l'apparition a été précédée d'une augmentation de la température, est survenu. Dans l'espèce donc, l'auteur ne pourrait guère invoquer le bénéfice de la fièvre traumatique simple, et nos connaissances en pyrétologie chirurgicale ne permettent guère de douter que son amputée n'ait eu une véritable fièvre traumatique de nature septicémique ; et pourtant la grossesse a continué.

S'il est permis de tirer des déductions d'une observation unique, il faudrait renverser la proposition et dire qu'il ne suffit point d'un seul accès de fièvre septique pour déterminer l'avortement ; que la fièvre traumatique simple permet à la grossesse de continuer ; que les premiers jours du trauma ne constituent point la période périlleuse, en général, et que les septicémies graves ou la pyohémie jouissent d'une influence bien autrement pernicieuse que la fièvre primitive.

Reste l'expérience. Cherchons ce qu'elle est capable de fournir. Une chienne pleine et de bonne santé a avorté de fœtus morts ou mourants, à la suite de quatre injections de substances putrides. La rédaction de l'expérience renferme une lacune fâcheuse, la température de l'animal n'a pas été prise. Comment, dès lors, affirmer que les trois premières injections sous-cutanées n'aient pas produit d'élévation momentanée de la température, et que la quatrième ait seule déterminé le résultat expérimental cherché, c'est-à-dire la fièvre?

Cet état fébrile, du reste, est-il dû à la pénétration de la substance septique pyrogène? Si on se rappelle que l'introduction, dans le système veineux, de substances inoffensives, telles que l'eau

distillée (Stricker et Bergmann), est susceptible d'entraîner des troubles sérieux de la température, il est permis d'en douter. La résorption par le système lymphatique du liquide d'expérience aurait suffi à produire un résultat, si la septicité du liquide expérimental eût été suffisante.

Les symptômes offerts par l'animal qui, le lendemain de son avortement septique, *était bien portant, sans fièvre, ni aucun signe de péritonite, et mangeait avec appétit,* permettraient également de soulever quelques objections.

Je ne puis terminer sans rapporter un fait qui m'est propre, et démontre bien que la fièvre traumatique primitive reste sans résultat fâcheux sur la marche de la grossesse.

Il s'agit d'une femme de 24 ans, Mme A..., que j'opérai, le 12 novembre 1886, dans mon service à Saint-Antoine, d'un volumineux sarcome de la fesse, à deux mois environ de grossesse. Cette malade a eu un enfant en 1885, un second accouchement au commencement de l'année 1886. Il y a dix ans, il s'est développé, à la fesse, au niveau d'une cicatrice résultant d'une plaie produite par un fragment de vase de nuit, une petite grosseur qui, pendant fort longtemps, ne dépassa pas le volume d'un marron; à l'époque de la première grossesse, la tumeur, restée jusque là stationnaire, s'accrut un peu. Pendant la seconde et depuis l'accouchement, elle a rapidement grossi.

Aujourd'hui, toute la région est occupée par une volumineuse tumeur de consistance inégale, molle, semi-fluctuante par endroits, dure en d'autres points, un peu douloureuse à la pression.

La forme est ovalaire, à grand axe vertical; sa circonférence est de 62 centimètres, son plus grand diamètre de 37 centimètres.

Elle n'est pas positivement douloureuse, et gêne surtout par son poids. La peau est distendue et assez amincie sur la partie saillante. La malade est irrégulièrement réglée, pâle, amaigrie. Elle n'a pas eu ses règles depuis sept semaines. Au toucher, l'utérus est un peu volumineux et lourd, mais le diagnostic positif de la grossesse ne peut être établi. L'eût-il été, que l'accroissement rapide de la néoplasie, l'amincissement de la peau, l'état général assez mauvais de la malade, n'eussent point permis de différer l'intervention.

Profondément, la tumeur était mobile et non adhérente aux muscles.

L'extirpation fut pratiquée le 11 novembre, et nécessita de très nombreuses ligatures ; car la tumeur était alimentée par des vaisseaux nombreux et relativement volumineux. La dissection fut lente, en raison de l'obligation que je m'étais faite de ne diviser les vaisseaux qu'après les avoir pincés. La perte de sang, grâce à cette précaution, fut aussi peu considérable qu'elle le pouvait être. J'avais dû cerner par une double incision semi-elliptique, un lambeau de peau amincie, répondant à la partie la plus saillante de la tumeur.

L'opération fut pratiquée aussi aseptiquement que possible, et après sutures profondes, superficielles et drainage, le pansement de Lister

fut très méthodiquement appliqué. Voici le relevé des températures observées :

	Matin.	Soir.
Le 12 novembre................	38°,	38°,4
Le 13 —	37,8	38,2
Le 14 —	38,	38,4
Le 15 —	37,6	38,4
Le 16 —	37,6	38,
Le 17 —	37,4	38,
Le 18 —	37,4	37,6

Malgré la marche désormais apyrétique, la cicatrisation fut lente ; les lambeaux se réunirent incomplètement, le tiers inférieur de la plaie se recrouvrit, dans l'écartement qui résulte de la désunion des lambeaux, de bourgeons charnus, volumineux, mollasses, décolorés, comme œdémateux. Je craignis un instant qu'ils ne fussent le commencement d'une repullulation du tissu pathologique ; aussi le 17 décembre opérai-je un râclage de ces bourgeons fongueux avec la curette tranchante.

Le 23 décembre, la malade eut un frisson assez intense, suivi de douleurs lombaires et d'une céphalalgie persistante. T., matin, 38° ; soir, 38°,8.

24 et 25 décembre, même état, quelques vomissements bilieux, T., matin, 39° ; soir, 40°.

26 décembre, on constate une éruption varioliforme au début, avec production de rash au niveau des plis inguinaux. La malade est passée dans la section des varioleux, assez voisine, à cette époque, de mon service, pour qu'en moins de dix-huit mois, six malades aient contracté la variole, malgré des revaccinations que j'avais dû faire pratiquer régulièrement à la suite des premiers cas.

La malade revient guérie le 18 janvier 1888. Pendant la convalescence de sa variole, la plaie s'était complètement cicatrisée. Depuis la veille, elle présentait un léger écoulement de sang par la vulve. Pendant la nuit, elle avorta d'un œuf complet, renfermant un fœtus de quatre mois environ. Les suites de cet avortement furent des plus bénignes et la malade sortait, quinze jours après, en excellent état.

La tumeur, après extirpation, pesait 2 kilos 700. Elle était lobée, constituée par un tissu blanchâtre, à moitié transparent, assez compact, mais se laissant facilement écraser. Elle contenait des parties très peu consistantes, ramollies, très vasculaires. Dans un point, il existait un kyste sanguin du volume d'un œuf de pigeon. Des îlots assez considérables présentaient la coloration jaunâtre de la dégénérescence graisseuse.

L'examen histologique, pratiqué par mon interne M. Parmentier dans le laboratoire de M. Cornil, fit constater que ce tissu était celui d'un sarcome à petites cellules.

Dans ce cas, comme dans l'observation de M. Jeannel, la grossesse, qui était de deux mois environ, n'a point été interrompue nonobstant

une opération grave, accompagnée d'une perte de sang notable, considérable relativement à l'état anémique de la malade. La fièvre consécutive assez modérée, il est vrai, mais bien d'origine traumatique, n'a eu non plus aucune fâcheuse influence sur le produit de la conception.

C'est bien la variole qu'il faut incriminer dans ce cas, ainsi que l'a démontré la période à laquelle l'avortement a eu lieu; et ce fait que, pendant le traitement des suites de l'opération, la grossesse s'était confirmée au point que nous n'avions plus aucun doute à l'égard de son existence, quand survinrent les accidents fébriles du début de la variole.

Il résulte de l'observation qui précède, ainsi que de celle de M. Jeannel, malgré les résultats, contradictoires en apparence, de l'expérience sus-décrite, que la fièvre traumatique primitive, à moins qu'elle ne revête l'intensité des empoisonnements septicémiques graves, est sans influence notable sur la marche de la grossesse; quelles que soient, du reste, les idées pathogéniques que l'on professe à son égard.

La dernière observation du mémoire n'a que très indirectement trait au sujet principal.

Il s'agit d'une dame enceinte de six mois et demi, et qui depuis deux mois perdait par l'anus des quantités de sang considérables, qui avaient peu à peu déterminé une anémie notable.

Le toucher rectal fit constater l'existence, à l'intérieur de cet organe, d'une tumeur du volume du poing d'un enfant, mamelonnée, ni dure, ni douloureuse. Elle adhère à la face postérieure du rectum par un pédicule; à chaque défécation, elle sortait et saignait jusqu'à ce qu'elle fût rentrée.

La tumeur ayant été poussée au dehors par un effort de défécation, le pédicule, qui était gros comme le petit doigt environ, fut entouré d'une ficelle solide et serré lentement au moyen d'un serre-nœud de Graefe. L'écrasement du pédicule dura une heure, pendant laquelle la malade fut soumise aux inhalations chloroformiques. Aussi eut-elle une syncope respiratoire qui fut combattue par les moyens ordinaires. La malade guérit heureusement et accoucha à terme d'un enfant vivant.

A part quelques points de détail concernant le manuel opératoire, comme la durée exagérée de l'anesthésie, on ne peut que féliciter l'auteur de sa détermination rapide, sitôt le diagnostic établi, malgré le pronostic fâcheux que comportent les opérations pratiquées dans le cours d'une grossesse aussi avancée, et dans une zone réputée dangereuse.

Ajoutons, en terminant, que, du reste, ce pronostic a été trop assombri, et que l'on pourrait citer nombre d'opérations plus gra-

ves et pratiquées sur des organes plus importants que le rectum, sans que la grossesse ait été interrompue pour cela.

C'est la multiplicité des cas de ce genre, dont abondent tous les travaux publiés sur la matière, qui nous engage à mentionner seulement le fait, sans l'appuyer d'observations que tous connaissent aujourd'hui.

Ayant résumé dans mon rapport les idées défendues par M. Jeannel, ainsi que ses observations et ses expériences, je vous propose, Messieurs :

1° D'adreser des remerciements à l'auteur ;

2° De déposer honorablement son travail dans nos Archives.

Discussion.

M. Terrier. Je demande la parole pour faire remarquer que, dans les observations de M. Jeannel et de M. Marchand, je ne crois pas qu'il y ait eu de fièvre traumatique, mais bien fièvre infectieuse avec suppuration. Les faits cités par ces auteurs prouvent donc seulement que dans ces fièvres avec suppuration une femme enceinte peut ne pas avorter. Je conteste absolument le nom de fièvre traumatique appliqué aux cas de ce genre.

M. Marchand. C'est ce que j'ai soutenu moi-même dans mon rapport. Je considère, moi aussi, malgré l'affirmation de Volkmann, la fièvre traumatique primitive comme étant de nature septicémique.

Communication.

De l'ostéomyélite infectieuse aiguë développée chez l'adulte,

Par M. Paul Berger.

Malgré la lumière qu'ont jetée sur la nature et sur la pathogénie de l'ostéomyélite aiguë des recherches de date récente, un certain nombre de points de cette étude restent encore inexpliqués et demeurent comme autant de problèmes à résoudre. La nature infectieuse de cette maladie était depuis longtemps considérée comme certaine; mais l'on sait que son origine microbienne a été mise hors de doute, et l'agent microscopique de l'infection déterminé avec la plus grande rigueur par les travaux d'Ogston[1], de

[1] Micrococcus poisoning (*Journ. of anat. and physiol.*, vol. XVII, 1re partie, p. 47, octobre 1882).

J. Rosenbach[1], de F. Krause[2], de Garré[3], que viennent tout dernièrement encore de confirmer les recherches de P. Kraske, entreprises avec l'assistance du Dr Seiler et du professeur Schottelius[4]. Cet agent infectieux, que des cultures entreprises par les auteurs que nous venons de citer ont permis d'isoler, est essentiellement le *staphylococcus pyogenes aureus,* auquel viennent se joindre, dans certains cas que l'on doit considérer comme résultant *d'infections mixtes*, le *staphylococcus pyogenes albus*, le *streptococcus* et diverses formes de *bacilles.*

L'agent infectieux de l'ostéomyélite n'est donc point un organisme particulier à cette affection ; il n'a rien de spécifique, et ne diffère point de ceux qui déterminent les autres inflammations suppuratives. Ainsi se trouve confirmée l'opinion que Kocher exprimait, lorsqu'au septième congrès des chirurgiens allemands il s'élevait contre la spécificité de l'infection ostéomyélitique.

Bien des choses ont été dites, bien des expériences ont été instituées sur le mode d'introduction de ces micro-organismes dans les cas d'ostéomyélite spontanée, sans qu'on soit arrivé sur ce point à présenter autre chose que des hypothèses : introduction par des suppurations extérieures, notamment par des furoncles — introduction par les voies digestives (Kocher) — introduction par l'appareil respiratoire (Lücke, Kraske)... Quelle que soit cette porte d'entrée, un fait indiscutable, établi par l'observation des malades, dès que l'ostéomyélite aiguë a pris place dans la nosographie du système osseux, c'est qu'il faut une prédisposition particulière pour que l'agent infectieux produise ses effets, et que cette prédisposition est constituée par l'état de développement et d'accroissement du tissu osseux dans l'enfance et dans l'adolescence, l'ostéomyélite cessant d'apparaître, au moins en règle générale, à partir du moment où les cartilages de conjugaison sont ossifiés, où la moelle osseuse est passée à l'état de moelle adulte, où le périoste n'a plus qu'un rôle de protection et de nutrition et où le développement du squelette est achevé.

L'on s'explique assez bien cette prédisposition constituée par l'activité de l'os et du tissu médullaire qui le pénètre, en comparant ce qui se passe dans les os à ce que l'on observe en patholo-

[1] Vorl. Mittheilung über die acute Osteomyelitis beim Menschen erzeugenden Mikroorganismen (*Centralbl. f. Chirurgie*, n° 5, 1884). — Mikroorganismen bei den Wundinfectionskrankheiten des Menschen. Wiesbaden, 1884.

[2] Uber einen bei der akuten infectiösen Osteomyelitis des Menschen vorkommenden Mikrokokkus (*Fortschritte der Medicin*, n° 7, 1884).

[3] Zur Ætiologie acut-eitriger Entzündungen (*Ibid.*, n° 6, 1885).

[4] Zur Ætiologie und Pathogenèse der acuten Osteomyelitis (*Langenbeck's Archiv. für klinische Chirurgie*, vol. XXXIV, 4e fasc., p. 701, 1880).

gie pour certains organes dont les fonctions n'ont qu'une durée transitoire, comme la mamelle, l'utérus, l'ovaire, et qui ne sont exposés aux inflammations que pendant la durée de leur période d'activité.

Comment peut-il donc se faire que, de temps en temps, — il en existe des exemples assez nombreux, bien qu'ils soient constitués par des faits exceptionnels, — comment peut-il se faire que l'ostéomyélite se développe spontanément sur un adulte, qu'elle s'entoure du même cortège de symptômes et d'accidents, qu'elle détermine les mêmes lésions, qu'elle ait les mêmes issues que chez l'enfant ou chez l'adolescent ? Quelles sont les conditions qui remplacent celles que crée, chez ces derniers, l'état anatomique du tissu osseux, et qui mettent l'os adulte, généralement réfractaire à l'action des infections extérieures, dans un état de *réceptivité* qui en prépare l'accès ?

Telle est la question que servira peut-être à résoudre l'observation qu'on va lire et dont les conclusions nous ont paru confirmées par l'analyse des faits, jusqu'à présent publiés, d'ostéomyélite spontanée observés chez des adultes.

OBSERVATION. — *Ostéomyélite infectieuse aiguë, survenue vingt ans après une première poussée d'ostéomyélite terminée par une guérison en apparence complète. — Désarticulation de la cuisse. — Mort.*

La femme Budant, âgée de 45 ans, s'employant habituellement comme femme de journée, est admise, le 6 avril 1887, à l'hôpital Tenon, salle Delessert, n° 8, comme atteinte d'une tumeur blanche du genou gauche.

Le seul antécédent à signaler, à part les détails anciens qui se rapportent à l'affection de ce genou, est relatif au père qui serait mort de la poitrine. Tous les autres membres de la famille, d'ailleurs, vivent encore et sont en bonne santé.

La malade même a souffert autrefois de violents maux de tête sans caractère déterminé ; elle aurait perdu ses cheveux à cette époque, et un enfant qu'elle a eu est mort de « convulsions » à l'âge de deux mois et demi. Du reste, elle ne porte aucune trace apparente de syphilis ni de scrofule.

Elle dit avoir été atteinte, à l'âge de 16 ans, d'une affection du genou gauche qui a été considérée et traitée comme une tumeur blanche. Elle fut obligée de garder le lit treize mois environ ; un abcès, dont on voit encore la cicatrice au niveau des insertions inférieures du biceps fémoral, s'ouvrit ; à ce moment son père proposa au médecin qui la traitait « de lui couper cette jambe qui serait toujours pour elle une cause de malheurs ». Elle guérit néanmoins, et conserva un genou raide, mais pas ankylosé, incapable d'arriver à l'extension complète et de supporter de grandes fatigues.

Il y a quinze jours, la femme B... s'est fatiguée plus que de coutume au moment de ses règles; sans aucune violence extérieure, sans refroidissement, sans qu'elle eût présenté nulle part de suppuration, sans autre cause appréciable, le genou est devenu tout d'un coup douloureux ; du gonflement est apparu, la fièvre est survenue. Depuis le premier jour, la malade n'a plus pu quitter le lit.

État actuel. — L'état général et l'aspect de la malade sont peu satisfaisants ; elle est fort abattue, son visage est altéré, la langue est sèche; l'état du pouls et de la température (39°) indiquent une réaction fébrile très accusée.

Le genou gauche est le siège de douleurs très vives qui s'exagèrent au moindre mouvement, au moindre contact. Il est uniformément tuméfié et la fluctuation ainsi que la constatation du choc rotulien démontrent, dans l'articulation, l'existence d'un épanchement notable qui distend surtout le cul-de-sac supérieur de la synoviale. En outre, à deux travers du doigt au-dessus de la saillie du condyle interne du fémur, sur la face interne de la cuisse, on constate l'existence d'une tuméfaction fluctuante, autour de laquelle l'on trouve de l'empâtement et de l'œdème profond ; mais l'on cherche vainement à renvoyer la fluctuation de cette saillie à l'épanchement articulaire et réciproquement; il semble donc que cette collection soit indépendante jusqu'à un certain point de ce dernier.

La cuisse et la jambe ne sont d'ailleurs le siège d'aucune tuméfaction, *la palpation du fémur ne semble pas douloureuse.* On ne constate pas non plus l'atrophie musculaire qui accompagne d'ordinaire les tumeurs blanches anciennes, et, quoique la jambe soit un peu fléchie sur la cuisse, l'extrémité supérieure du tibia ne présente pas non plus cette déviation en dehors et en arrière, sorte de subluxation si commune dans les tumeurs blanches terminées par une ankylose incomplète dans la demi-flexion.

Aussi, sans abandonner complètement le diagnostic de tumeur blanche du genou, qui avait été porté d'abord, je présume qu'il s'agit d'une tumeur blanche osseuse, d'une affection du genou consécutive à une ostéite, ayant eu son origine dans l'adolescence, et se manifestant par de nouveaux accidents au bout de plusieurs années.

Le 9 avril, la peau de la région interne de la cuisse commençant à présenter de la rougeur, la fluctuation étant devenue plus superficielle, la collection située au-dessus du condyle interne du fémur est incisée avec les précautions antiseptiques. Il s'en écoule une assez grande quantité de pus, mais l'épanchement qui distend l'articulation et le cul-de-sac supérieur de la synoviale ne diminuent en aucune façon de tension, et la pression ne permet pas de les faire évacuer par l'ouverture que l'on vient de créer.

La sonde cannelée, introduite par celle-ci, remonte sous le vaste interne du triceps sans se diriger vers l'articulation, et elle rencontre bientôt sur la surface interne du fémur une large dénudation, ce qui me confirme dans l'idée qu'il s'agit bien d'une affection d'origine

osseuse de la catégorie des ostéites de l'adolescence, plutôt que d'une arthrite fongueuse du genou.

Loin de procurer du soulagement ou une rémission de l'état général, cette incision fut suivie d'une augmentation notable de douleur et surtout de fièvre ; la température atteignait 40° dès le lendemain.

Le 11, c'est-à-dire le surlendemain, l'état général s'aggravant et la communication de la collection ouverte par l'incision avec l'épanchement du genou étant devenue manifeste, j'ouvris largement le genou par une grande incision pratiquée sur le côté interne de la rotule, et, après l'avoir vidé des liquides qu'il renfermait et soigneusement lavé, je me préparai, d'après le conseil de mon collègue, M. Lucas-Championnière, à pratiquer dès le lendemain l'amputation de la cuisse, rendue nécessaire par l'altération osseuse que l'examen direct permettait de constater.

Le 12 avril, je pratiquai donc l'amputation au tiers inférieur de la cuisse. Toutes les parties molles étaient le siège d'une infiltration séreuse diffuse qui avait envahi les muscles ainsi que les espaces intermusculaires. Cette infiltration était surtout prononcée autour du périoste qui était épaissi et qui présentait un aspect gélatineux. A peine l'eus-je sectionné, que je vis du pus s'échapper de sa face profonde et il me fut facile de constater que celle-ci était détachée et séparée de l'os vascularisé par une nappe purulente. Le pus qui séparait le périoste de l'os ne s'étendait pas d'ailleurs en couche uniforme, mais il formait de petits îlots, indépendants les uns des autres, autour desquels le périoste se laissait décoller de l'os avec la plus grande facilité. Je n'eus pas de peine à me convaincre de la sorte que l'altération en question remontait très haut, probablement même jusqu'aux limites supérieures du fémur. Sûr, dès lors, que j'avais affaire à une périostite phlegmoneuse diffuse, c'est-à-dire à une ostéomyélite véritable, je me résolus de suite à la désarticulation de la hanche ; mais, voulant constater auparavant encore l'état de l'os lui-même et du canal médullaire, je complétai d'abord l'amputation de la cuisse en sciant l'os. Le centre même du canal médullaire était occupé par une traînée de pus verdâtre.

Pour désarticuler la cuisse, je choisis le procédé de la raquette antérieure. Un lien élastique fut circulairement placé sur la partie moyenne de la cuisse, au-dessous du trajet que devait suivre le couteau, pour empêcher l'écoulement sanguin par les vaisseaux ouverts, pendant le temps qui devait s'écouler entre le relâchement du tube d'Esmarch appliqué sur la racine du membre et la ligature de l'artère fémorale primitive. — L'artère fémorale fut dénudée et sectionnée entre deux ligatures, au-dessus de l'origine de l'artère fémorale profonde ; on coupa, de même, la veine fémorale, le plus haut possible, entre deux ligatures ; puis l'incision ovalaire fut conduite avec rapidité de dehors en dedans sans perte de sang notable, les quelques vaisseaux qui donnaient étant saisis ou comprimés, à mesure, par M. Lucas-Championnière qui avait bien voulu m'assister. La section de la capsule et la séparation du tronçon de membre ne souffrirent non plus aucune dif-

ficulté. Une quinzaine de vaisseaux, peu volumineux, durent être liés ; presque tous appartenaient aux branches de l'obturatrice. Enfin, la réunion fut faite par des sutures au crin de Florence ; deux tubes à drainage, du volume du doigt, furent laissés à l'angle inférieur de la plaie, et celle-ci fut entourée d'un pansement antiseptique à l'iodoforme, à la poudre antiseptique de M. Championnière, et à la ouate de tourbe, le tout maintenu par une compression ouatée suffisante.

L'opération s'était faite littéralement sans perte de sang (moins de 150 grammes certainement) : le shock consécutif fut presque nul. Le soir même, la malade se disait soulagée, et elle passa une assez bonne nuit.

Malgré cela, la température resta fort élevée (à 40°) ; l'abattement, l'état adynamique, une diarrhée fétide qui avait apparu deux jours avant l'opération, persistèrent. Le 15 juin, des râles crépitants, puis un souffle rude envahissaient la base des deux poumons, et la malade succombait le 16, à 6 heures du soir, quatre jours et demi après l'amputation, avec progrès des phénomènes d'infection que celle-ci n'avait pu conjurer.

Je passe rapidement sur certains détails de l'*autopsie :* celle-ci démontra l'existence d'une double broncho-pneumonie, accompagnée d'un épanchement séreux, non purulent, de la plèvre droite, et la présence d'une assez grande quantité de liquide louche dans le péritoine. Le foie offrait un certain degré de dégénérescence ; la rate ne présentait pas les caractères qu'on lui trouve dans la plupart des affections septiques.

L'artère iliaque externe était oblitérée par un caillot parfaitement constitué, blanchâtre, très adhérent, se terminant en pointe bien au-dessus de l'origine de l'épigastrique. La veine iliaque externe était également occupée par un caillot fibrineux court, mais très solide.

L'examen du membre amputé révéla, au contraire, des particularités du plus grand intérêt.

Le *périoste*, considérablement épaissi sur toute l'étendue du fémur, se décolle de l'os avec facilité : au-dessous de lui se trouvent de petits îlots purulents disséminés, renfermant du pus cohérent : ces collections ne font pas de saillie appréciable; elles ne communiquent ni entre elles, ni avec le centre de l'os; elles ne se révèlent que lorsqu'on incise ou qu'on enlève le périoste.

Le *fémur* ne présente aucune trace d'hyperostose ancienne; aucune déformation de sa surface. Il est partout également vascularisé, mais l'os ne présente aucune modification de sa consistance. Une coupe longitudinale permet de constater les altérations suivantes : immédiatement au-dessous du petit trochanter, il existe, dans le canal médullaire, une cavité de 4 centimètres de long, contenant du pus jaunâtre. Un peu au-dessous d'elle commence une autre traînée purulente, indépendante de la première, qui se continue jusqu'à la partie moyenne de l'os, dans le canal médullaire. Enfin, la partie inférieure de ce dernier est occupée par une infiltration purulente diffuse du tissu médullaire qui, lui-même, est transformé en moelle rouge dans les points où il n'a pas suppuré.

Le tissu spongieux de l'extrémité supérieure de l'os paraît indemne d'altérations.

L'extrémité inférieure du fémur, tout le tissu spongieux des condyles sont infiltrés de pus ; celui-ci en baigne toutes les aréoles ; par places, cette infiltration se transforme en collections ; mais nulle part, même au niveau du condyle interne qui est dénudé de son périoste, le pus contenu dans le tissu osseux ne communique, au moins d'une façon apparente, avec le pus qui se trouve autour de l'os et à sa surface.

Le cartilage qui recouvre les condyles fémoraux se laisse décortiquer sans difficulté ; il est érodé par places et imbibé par les liquides qui remplissent l'articulation. A la partie antérieure de la poulie fémorale, un petit foyer purulent est situé entre l'os et le cartilage qui est aminci ; mais il n'a pas fait irruption dans l'intérieur de la jointure.

La *synoviale* ne présente nulle part de fongosités ; injectée, recouverte de fausses membranes grisâtres, elle offre les lésions des arthrites suppuratives aiguës. Tous les ligaments sont intacts.

Les décollements qui entourent le genou communiquent avec l'articulation ; leurs parois sont constituées comme celles de tous les foyers de suppuration septique. Nulle part on ne trouve ni fongosité péri-articulaire, ni ce tissu lardacé que l'on rencontre autour des tumeurs blanches.

La rotule est saine.

Je regrette qu'au moment de l'amputation, l'examen bactériologique du pus contenu dans le canal médullaire n'ait pu être pratiqué : nous n'y étions pas préparés, car le diagnostic positif d'ostéomyélite centrale ne fut posé qu'au cours même de l'opération, lorsque l'infiltration purulente diffuse qui existait sous le périoste d'abord, puis la découverte du pus dans l'intérieur même de l'os eurent permis de préciser la nature de l'altération osseuse dont était résultée la suppuration articulaire. La gravité de la situation et l'urgence de terminer promptement la désarticulation de la cuisse n'admettaient du reste pas le retard qu'eût entraîné la recherche de l'appareil instrumental nécessaire. Je ne doute nullement que les cultures n'eussent permis de reconnaître, dans le liquide contenu dans le canal médullaire, la présence des micro-organismes de l'ostéomyélite, notamment du *staphylococcus pyogenes aureus* : l'eussions-nous déterminée, cette constatation n'eût rien ajouté aux données si précises qui résultaient de l'histoire de la malade et de l'examen de la pièce. Il s'agissait bien, dans ce cas, d'une ostéomyélite infectieuse aiguë, avec suppuration diffuse en foyers du canal médullaire, avec périostite phlegmoneuse diffuse, avec suppuration de l'articulation du genou (celle-ci, on le sait, est la règle dans les ostéomyélites graves du fémur), enfin avec les lésions viscérales de la septicémie à marche rapide (épanchements séro-purulents dans les plèvres et le péri-

toine). Cette ostéomyélite s'était développée d'une manière toute spontanée, sans aucune autre cause occasionnelle ou prédisposante rapprochée qu'une fatigue excessive au moment de la dernière époque menstruelle.

Trente ans environ auparavant, cette malade avait été atteinte d'une première poussée d'ostéomyélite. Les phénomènes qu'elle avait alors éprouvés avaient été rapportés à une tumeur blanche ; mais l'examen du genou et de la cuisse, lors de l'admission de la malade, permet d'affirmer, avec une certitude presque complète, qu'il s'agissait d'une affection articulaire consécutive à une ostéite de l'adolescence. Les mouvements du genou étaient en effet conservés à peu près en totalité, ce qui ne s'observe presque jamais à la suite d'une tumeur blanche du genou ayant déterminé une suppuration de treize mois de durée. La cuisse et la jambe n'étaient pas atrophiées; le genou,à part l'épanchement dont il était le siège, ne présentait pas trace des déformations que les tumeurs blanches, terminées par une guérison apparente, laissent à leur suite; enfin et surtout la cicatrice qui résultait de la suppuration ancienne était en rapport avec la partie inférieure du fémur et non point avec l'articulation du genou, elle siégeait entre le biceps et le vaste externe du fémur, elle était linéaire, régulière, quoique profondément adhérente, et elle ne présentait nullement l'aspect que l'on trouve aux points où jadis ont abouti des trajets fistuleux partant d'articulations envahies par les fongosités. J'ajoute que cette affection s'était développée vers la seizième année,dans l'adolescence, et que la malade, qui n'était point tuberculeuse, ainsi que l'autopsie le fit reconnaître, n'avait été atteinte auparavant et ne fut sujette depuis lors à aucun accident qui pût être rapporté à la scrofule.

C'est cette ostéomyélite qui n'avait, après une période de trente années, laissé d'autre trace qu'une cicatrice, sans aucune hyperostose appréciable, sans aucune modification même de la constitution de l'os que put dévoiler l'examen anatomique, c'est cette ostéomyélite guérie, finie depuis si longtemps en apparence, qui avait récidivé, ou du moins qui avait permis le retour d'une poussée infectieuse nouvelle et cette fois mortelle.

Comment et par quel enchaînement de lésions anatomiques et de troubles physiologiques? Depuis longtemps, nous savons qu'un os qui a été atteint d'ostéomyélite dans l'enfance ou dans l'adolescence, ne revient jamais ou presque jamais à l'état d'intégrité. La durée indéfinie, presque illimitée, de l'ostéomyélite est l'une des vérités les mieux acquises, et que les beaux travaux de M. Lannelongue en cette matière ont surtout contribué à établir. Un os, atteint de la sorte, présente presque toujours comme trace persistante de

l'inflammation qui l'a touché, une hyperostose, une condensation de son tissu dans certaines de ses parties, et ces lésions, qui peuvent durer autant que l'existence sans donner lieu à des accidents nouveaux, dans certains cas et sous l'influence de causes qu'on ne saurait préciser, suivent une marche progressive qui conduit, au bout d'un temps variable, mais quelquefois fort long, à la production de suppurations osseuses chroniques et de nécroses. Les livres, les recueils d'observations sont pleins de faits de cette nature. MM. Lannelongue et Comby en ont réuni de nombreux et des plus remarquables dans un travail important paru sur ce sujet. J'ai publié moi-même dans les Bulletins de la Société de chirurgie [1] plusieurs cas de cet ordre, un entre autres où les lésions produites par une ostéomyélite de l'adolescence s'étaient propagées ainsi que la suppuration pendant plus de soixante ans. Tout récemment encore, se trouvaient dans mon service, à l'hôpital Tenon, deux malades dont l'un, âgé de 68 ans, présentait une fort grosse hyperostose du fémur droit vers la région trochantérienne, avec trajet fistuleux conduisant jusqu'à l'os. C'était depuis quinze jours seulement, que s'était produite cette fistule, tandis que la première attaque de l'ostéomyélite, dont nous observions les traces et les conséquences éloignées, avait eu lieu quand le malade n'était âgé que de 10 ans, et que trente ans s'étaient écoulés sans incident depuis la dernière poussée inflammatoire dont ce fémur avait été atteint. Le second de ces sujets avait présenté, vers sa dix-neuvième année, une ostéomyélite à forme typhoïde qui s'était terminée par une guérison apparente au bout de deux ans, après que de nombreux séquestres eurent été éliminés par les trajets suppurants qui s'étaient ouverts. Agé de 61 ans, et quarante ans après sa première et seule atteinte d'ostéomyélite, il a vu se produire une poussée nouvelle, avec douleurs vives et fièvre, poussée dont le point de départ était son fémur hyperostosé dans ses deux tiers inférieurs. Déjà l'empâtement profond et même une sensation de fluctuation très obscure faisaient prévoir la formation d'abcès. Ainsi, malgré cette longue rémission, qui aurait pu être considérée comme une guérison véritable, s'est rouverte pour ce malade la période des accidents éloignés de l'ostéomyélite.

Mais, en dehors de ces faits où l'ostéomyélite, contractée dans l'enfance ou dans l'adolescence, a laissé des traces palpables, facilement reconnaissables, de son passage, il est logique d'admettre que, dans certains cas plus légers, l'os est resté plus ou moins profondément atteint dans sa structure et dans sa vitalité, quoique

[1] *Bulletins*, nouv. série, t. X, p. 866, 3 décembre 1884.

son altération puisse échapper à un examen anatomique superficiel; on peut supposer que cette altération persistante constitue pour lui un état d'imminence morbide par lequel se perpétue, jusque dans l'âge adulte, la fâcheuse propriété qu'il avait, dans les premières époques de la vie, de présenter aux infections, par les microbes pathogènes de la suppuration, un terrain favorablement préparé.

Ce n'est, j'en conviens, qu'une interprétation théorique, mais elle me paraît mieux répondre aux faits que l'opinion d'après laquelle les germes infectieux, laissés dans l'os par une première atteinte d'ostéomyélite, deviendraient, au bout d'un temps plus ou moins long, le point de départ d'une nouvelle infection et d'une nouvelle ostéomyélite. Cette conception, par laquelle on peut expliquer les poussées successives et fréquentes qui se produisent à de courts intervalles, à la suite des accidents initiaux de l'ostéomyélite, ne peut donner la clef des faits analogues à celui que nous venons de rapporter, et où un nombre considérable d'années s'est écoulé entre l'ostéomyélite initiale et l'ostéomyélite aiguë de retour. Ces faits sont peut-être moins rares qu'on ne pourrait le croire. « J'ai eu cinq ou six fois l'occasion d'observer des malades, a dit Volkmann [1], qui avaient été atteints auparavant d'une poussée de périostite ou d'ostéomyélite aiguë spontanée, qui avaient conservé une cicatrice osseuse étendue, et qui, dix, quinze, vingt-cinq ans après, étaient subitement frappés de périostite et d'ostéomyélite diffuse à marche essentiellement aiguë, ostéomyélite partant du point osseux antérieurement malade et qui revêtait un caractère tout particulièrement grave et délétère. Quatre de ces malades succombèrent, dont deux à l'infection purulente, bien qu'ils ne fussent pas traités à la clinique. Dans un de ces cas, il fallut pratiquer l'amputation de la cuisse. »

Kraske, dans le mémoire duquel nous avons trouvé cette citation, rapporte lui-même le fait [2] d'un homme de 27 ans qui, à l'âge de 10 ans, avait été atteint d'une ostéomyélite du fémur gauche; celle-ci s'était prolongée jusque vers la 21e année par des suppurations restées fistuleuses et donnant de temps à autre issue à des séquestres. — A l'âge de 27 ans se développa, subitement et sans cause, une attaque d'ostéomyélite avec fièvre intense, suppuration du genou, qui, après quelques trépanations demeurées inefficaces, nécessita l'amputation sous-trochantérienne. La cavité médullaire de l'os étant supprimée, le malade guérit.

Dans ces faits d'ostéomyélite chez l'adulte, la voie d'introduc-

[1] *Virchow-Hirsch's Jahresbericht,* II, p. 368, 1868.
[2] *Loc. cit.*, p. 733, obs. V.

tion des germes infectieux n'est pas plus malaisée à découvrir que chez les adolescents, chez lesquels on admet l'infection sans pouvoir préciser quelle est sa porte d'entrée. Ce qu'il y a de particulièrement difficile à expliquer et d'obscur, c'est la raison pour laquelle ces germes produisent l'infection chez certains sujets tandis que le plus grand nombre des adultes lui sont manifestement réfractaires. La considération des lésions de l'os, laissées par l'ostéomyélite ancienne et en apparence guérie, me paraît pouvoir donner la raison de ces différences, en établissant à l'égard de certains adultes une prédisposition analogue à celle que l'activité normale du tissu osseux constitue pour les enfants et les adolescents.

La seule objection que l'on puisse élever se tire des faits dans lesquels une ostéomyélite aiguë se serait développée spontanément chez l'adulte sans qu'une poussée antérieure d'ostéomyélite survenue à l'époque de la croissance lui eût servi, en quelque sorte, d'introducteur. Ce sont ces faits eux-mêmes que nous devons donc soumettre à une critique rigoureuse.

Examinons à ce point de vue la thèse de M. Lemoyne [1] où sont réunies dix-neuf observations de périostite ou d'ostéomyélite survenues chez l'adulte. De ces dix-neuf observations, six ont trait à des abcès consécutifs à des périostites, sans suppuration médullaire des os atteints, et nous paraissent devoir être laissées de côté. Une d'elles (Obs. XIX), est un exemple d'ostéomyélite apparue chez un jeune soldat dont l'âge n'est pas indiqué; c'est donc un exemple d'ostéomyélite, peut-être un peu tardive, chez un homme à peine sorti de l'adolescence. Un autre fait est probablement un exemple d'une ostéomyélite de l'humérus consécutif à une infection purulente développée elle-même à la suite d'un panaris grave résultant d'une piqûre (Obs. IX, service de M. A. Guérin). Dans un autre cas, la suppuration opératoire du tibia s'était produite chez un homme porteur de lésions tuberculeuses aussi graves que multiples, mal de Pott, épididymite tuberculeuse, tuberculisation pulmonaire (Obs. V) : on peut tout au moins supposer que l'affection osseuse, elle aussi, s'était développée sous l'influence de la même cause générale; en tout cas, il serait hasardé de la considérer comme le résultat d'une ostéomyélite franche. — Il ne reste donc de ce total de dix-neuf observations, que dix dans lesquelles il s'agisse d'une manière à peu près certaine d'ostéomyélites infectieuses aiguës, et, dans quatre d'entre elles, les commémoratifs font entièrement défaut. Or, des six dernières observations, seules valables, au point de vue qui nous occupe, quatre accusent l'existence indubi-

[1] Essai sur l'ostéomyélite aiguë des adultes (*Thèse de Paris*, nº 106 1885).

table d'affections osseuses graves survenues à une période bien antérieure à l'ostéomyélite, chez les sujets qui en étaient atteints.

Dans un cas (Obs. III ; M. Verneuil) d'ostéomyélite aiguë spontanée de l'humérus qui nécessita la désarticulation de l'épaule chez une femme de 30 ans, il existait en même temps un trajet fistuleux fort ancien (14 à 15 ans) qui aboutissait au bassin.

Dans un cas d'ostéomyélite aiguë du fémur qui détermina la mort chez un homme âgé de 61 ans (Obs. VIII, M. Ricard), on trouva une hyperostose fusiforme qui ne pouvait provenir que d'une ostéite fort ancienne dont le malade, en raison de son âge et de la gravité de son état, avait probablement perdu la mémoire.

L'observation XV (par M. Girard) est encore plus explicite ; il s'agissait d'une femme de 49 ans qui succomba à une ostéomyélite suppurée du fémur ; elle avait eu à l'âge de 11 ans une première poussée d'ostéomyélite, suivie pendant toute l'adolescence d'attaques nouvelles, à la suite desquelles il lui était resté une hyperostose et une *élongation* de l'os malade.

Enfin chez le malade qui fait le sujet de la sixième observation (par M. Brun), ce n'était pas l'os qui fut plus tard atteint d'ostéomyélite aiguë et de fracture spontanée, l'humérus, qui avait été touché par la maladie pendant l'adolescence. Le malade, âgé de 42 ans, avait eu trente ans auparavant une suppuration du genou, peut-être une véritable tumeur blanche, plus probablement encore une ostéite épiphysaire, dont les abcès fistuleux n'avaient, il est vrai, donné lieu à aucune élimination de séquestres. Si l'on tient compte de la multiplicité, si fréquemment observée, des lésions osseuses et de leur répartition sur des points souvent très éloignés du squelette, dans l'ostéomyélite, on pourra supposer tout au moins avec vraisemblance, que l'humérus avait été, en même temps que le genou, le siège de lésions qui, demeurées inaperçues d'abord, ne s'étaient révélées que plusieurs années après sous l'influence d'une nouvelle infection.

Deux des observations rapportées par M. Lemoyne seulement sont assez détaillées pour permettre d'exclure, d'une façon certaine, l'existence antérieure d'une inflammation osseuse. Dans la XII[e] observation (due à F. Alessandrini), l'ostéomyélite du tibia qui nécessita l'amputation paraissait avoir été provoquée par un coup. Dans l'observation IV, recueillie par M. Isambert, enfin, l'ostéomyélite s'était déclarée, deux mois après une maladie fébrile assez grave, sur la nature précise de laquelle l'auteur ne put avoir de renseignements.

Il n'entre nullement dans ma pensée de prétendre que l'ostéomyélite chez l'adulte ait toujours été précédée d'une poussée pre-

mière d'ostéomyélite infectieuse, survenue à la période d'accroissement des os. — Comme chez l'adolescent et l'enfant, l'inflammation aiguë et même septique du tissu médullaire peut se produire à la suite d'un traumatisme, d'une maladie générale et surtout d'une maladie infectieuse telle que la scarlatine, la variole et surtout la fièvre typhoïde; on sait néanmoins que les périostites consécutives à cette dernière maladie sont en effet assez communes, mais qu'elles ont des caractères et surtout un cachet de bénignité qui leur est propre quoiqu'elles déterminent assez souvent la nécrose.

Pour que l'ostéomyélite infectieuse aiguë se développe, deux conditions doivent se trouver accomplies : l'action d'un agent infectieux que nous connaissons, mais dont les voies et le mode d'introduction nous sont encore en partie inconnus; d'autre part, une prédisposition particulière du tissu osseux ou du tissu médullaire, qui y fixe les germes venus du dehors et qui y favorise leur développement.Cette prédisposition réside, surtout, dans l'activité plus grande des phénomènes de nutrition, dont les os sont le siège pendant la période de leur développement et de leur accroissement. Chez l'adulte, elle peut être constituée par une autre infection, telle que celle qui résulte de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, de la variole et même de la vaccine, et qui, déterminant une altération particulière de la moelle osseuse, la prépare à recevoir les microbes de l'ostéomyélite. Elle peut aussi dériver du traumatisme et des modifications inflammatoires dont il est la cause : ainsi seraient expliqués les faits de suppuration infectieuse survenue à la suite de fractures simples ; l'on sait, en effet, que Kocher a réussi à déterminer des ostéomyélites septiques sur des chiens qu'il nourrissait avec des liquides provenant de putréfactions, et chez lesquels il injectait quelques gouttes d'alcali caustique dans le canal médullaire. Mais la prédisposition la plus ordinaire à l'ostéomyélite chez l'adulte nous paraît résulter des modifications qu'a laissées à sa suite une première poussée d'ostéomyélite survenue dans l'adolescence, même alors qu'aucune altération de la forme et de l'apparence extérieure de l'os n'en révèle l'existence.

C'est ce que démontre le fait pathologique que j'ai cru devoir reproduire dans tous ses détails et l'examen de la plupart des observations antérieurement publiées.

Nous croyons donc pouvoir tirer de ces données et des considérations auxquelles elles nous ont conduit les conclusions que voici :

1° Les ostéomyélites infectieuses aiguës qui se développent chez l'adulte sont, dans la grande majorité des cas, la récidive éloignée

d'affections de même ordre survenues pendant la période de développement et d'accroissement du squelette.

2° Les lésions persistantes que laisse à sa suite la première atteinte de l'ostéomyélite, favorisent la fixation dans l'os et le développement des germes infectieux, et prolongent jusque dans l'âge adulte et la vieillesse, pour ceux qui en ont été atteints, l'aptitude du tissu médullaire à servir de terrain de culture aux micro-organismes de la suppuration.

Discussion.

M. Bouilly. J'ai observé deux cas d'ostéomyélite chez l'adulte : l'un chez une femme qui a guéri grâce au traitement, l'autre chez un homme qui a succombé par défaut de traitement.

La malade était une femme de 34 ans environ, atteinte en décembre 1886 de phénomènes typhoïdes qui firent penser à une dothiénentérie; dans le courant de janvier 1887, il se manifesta, du côté de la partie supérieure de la cuisse, un gonflement diffus qui fit penser à une phlébite de la veine fémorale. Je fus appelé à voir la malade à ce moment. Il ne me fut pas difficile de reconnaître une collection purulente profonde, située à la région antéro-externe de la cuisse gauche, au-dessous du grand trochanter, avec gonflement diffus et œdémateux de tout le membre, avec de violentes douleurs dans la région malade et tout le long de la cuisse aussi bien que dans l'épaisseur de la fesse. Avant le début de l'affection, le membre n'était nullement douloureux; la malade était seulement affectée depuis son enfance d'une très légère claudication avec un peu de raideur de l'articulation coxo-fémorale ; il n'y avait aucun souvenir d'affection du côté de cette partie du membre.

Dès le lendemain, la collection purulente fut ouverte sous le chloroforme; elle était sous-aponévrotique, située au voisinage du fémur. En observant que le pus contenait des gouttelettes huileuses, comme dans l'ostéomyélite de l'enfant, je pensai que l'os devait être intéressé et avait été le point de départ de la lésion; en effet, le périoste était décollé en un point, et, à ce niveau, l'os était rouge; j'y introduisis d'abord un trépan du genre de ceux qui ont été imaginés par M. Lannelongue pour la trépanation dans l'ostéomyélite et ensuite j'agrandis le trajet avec une cuiller tranchante à lancette. Le tissu osseux, très mou, se laissa pénétrer facilement, et par l'orifice il s'écoula un liquide sirupeux, rougeâtre, ayant l'apparence de la pulpe splénique. Je n'y découvris pas de véritable pus.

La collection purulente faisait le tour du fémur et fut drainée en plusieurs points.

Les phénomènes de douleur et de fièvre tombèrent rapidement après cette intervention ; mais la plaie osseuse fut lente à se cicatriser; des crises douloureuses se répétèrent de temps en temps dans la continuité du fémur; le membre resta longtemps empâté et œdémateux presque jusqu'au pied; le genou fut le siège d'une hydarthrose à laquelle succéda une grande raideur et le tout ne fut guère terminé qu'au bout de six ou sept mois de maladie.

Mon opinion fut qu'il s'agissait d'une ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur, soit développée après une fièvre typhoïde de moyenne intensité, soit ayant donné lieu aux phénomènes typhoïdes qui avaient fait penser à la dothiénentérie.

Je ne vis qu'une seule fois le deuxième malade auquel j'ai fait allusion : il s'agissait d'un Anglais grand, fort, demeurant aux environs de Paris qui, deux mois environ avant l'explosion aiguë de ses accidents, avait éprouvé dans la cuisse droite, le bas de la région lombaire et même dans le membre du côté opposé, des douleurs mal caractérisées qui furent mises sur le compte du rhumatisme, d'un néoplasme du bassin, ou d'une affection médullaire. Après cette période de début prolongée environ deux mois, le malade fut pris de phénomènes suraigus de fièvre et de douleur du côté da la cuisse droite, avec gonflement considérable de la région. La présence d'une vaste collection purulente fut soupçonnée, puis décelée par une ouverture qui donna issue à une quantité énorme de pus. — La collection faisait tout le tour du fémur et cet os était largement dénudé à sa partie inférieure.

Je vis le malade quelques jours après l'ouverture — peu antiseptique — de cet abcès ; je ne pus que constater les symptômes d'une septicémie suraiguë à laquelle le malade succomba deux jours plus tard ; en introduisant le doigt dans une des incisions, je notai la dénudation du fémur sur une grande étendue, commençant au-dessus des condyles du fémur et contournant l'os en arrière et en dedans.

Il s'agissait évidemment d'une collection sous-périostée que je crus pouvoir rapporter à une ostéomyélite du fémur ; je n'ai eu aucun renseignement sur les antécédents de ce malade. Il était parfaitement bien portant et vigoureux avant le début des douleurs qui semblèrent marquer, deux mois plus tôt, l'invasion de son affection.

M. Lannelongue. Les très intéressantes observations de M. Berger et de M. Bouilly et les remarques dont ils les ont accompagnées

soulèvent certaines questions de principes, sur lesquelles je voudrais m'expliquer en peu de mots.

Nos collègues sont partis de cette idée ou mieux de ce fait que l'ostéomyélite primitive de l'adulte est une affection rare. Aussi ont-ils cherché dans l'enfance ou dans l'adolescence de leurs malades des traces d'une affection antérieure semblable, dont ils n'auraient observé que le réveil tardif.

Je dis dans l'enfance, car l'on ne saurait trop rappeler que l'ostéomyélite n'est pas comme on le dit communément une maladie propre à l'adolescence. Il ne se passe pas de mois que je n'en observe dans mon service des exemples chez l'enfant, et cela depuis la première année de la vie jusqu'à l'âge ou la période de croissance est achevée.

Mais je reviens à mon argumentation. Je disais donc que mes collègues ont avec beaucoup de soin recherché chez leurs malades les restes d'une première période de la maladie qu'ils observaient. Ils n'en ont pas trouvé trace. M. Berger a découvert quelque chose, mais peu de chose, rien de concluant.

Or, je soutiens que l'entité morbide que j'ai étudiée sous le nom d'ostéomyélite aiguë est tellement caractéristique que, lorsqu'elle a frappé un enfant, elle laisse toujours après elle une trace appréciable. Cette trace peut être considérable et frappante, tels sont ces trajets fistuleux qui conduisent sur un os malade ou sur un séquestre. Mais ce peut n'être aussi qu'un hyperostose légère qui passerait facilement inaperçue ; il en est ainsi par exemple dans ces cas légers à peine fébriles, qui relèvent cependant de l'ostéomyélite vraie.

J'insiste donc sur ce point. De deux choses l'une, ou bien ce reliquat existe, ou bien il fait défaut.

S'il fait bien réellement défaut, c'est que l'ostéomyélite, alors même qu'elle survient chez l'adulte, est bien réellement primitive.

L'ostéomyélite de l'adulte n'est du reste pas aussi rare qu'on le croit. Pour ma part, j'en ai vu à tout âge, et je rappellerai que j'ai écrit, il y a déjà longtemps, que le panaris dit osseux est une ostéomyélite; or ce panaris est loin d'être rare chez l'adulte. Mais, pour ne parler que des faits des autres, je rappellerai que j'ai déjà ailleurs relevé l'observation de M. Verneuil, publiée sous le titre de *fracture spontanée*. La thèse de M. Lemoyne en renferme plusieurs exemples.

En deux mots je conclus et je dis : chez l'adulte, comme chez l'enfant et comme chez l'adolescent, l'ostéomyélite peut exister en tant que maladie aiguë primitive.

Un seul point encore. On trouve généralement une *porte d'en-*

trée à l'ostéomyélite mais il faut la chercher. M. Berger l'a-t-il cherchée et ne l'a-t-il point trouvée ?

M. Berger. Je l'ai recherchée avec soin chez mon malade et ne suis pas parvenu à la découvrir.

M. Lannelongue. La porte est quelquefois bien petite et bien peu largement ouverte. Depuis la simple dent malade jusqu'aux croutelles et fissures de la peau, il y a mille voies ouvertes au bacille ou au staphylococcus, véritable origine du mal.

M. Trélat. Je trouve dans mes souvenirs récents, car deux des malades sont encore dans mon service, trois faits qui se rapportent à la question pendante.

Un premier malade offre la plus grande analogie avec l'opérée de M. Berger, sauf qu'il n'y avait chez lui aucun antécédent d'ostéomyélite de l'enfance. C'était un cas tranché d'ostéomyélite aiguë infectieuse de l'adulte. L'homme, âgé de 33 ans, vint à l'hôpital à la fin de juin 1887 pour une douleur du tiers supérieur de l'avant-bras gauche. Aggravation rapide; phlegmon profond; incision. Nouveau foyer en haut du bras, large et profonde incision à la paroi postérieure du creux axillaire. Pas de rémission. Douleurs vives; température très élevée; désarticulation de l'épaule très régulière. Parties molles saines. Humérus atteint d'ostéomyélite aiguë dans toute son étendue. Les phénomènes septiques et infectieux continuent sans modification. Mort au commencement du cinquième jour.

Voici encore un cas d'ostéomyélite primitive de l'adulte, mais ici la forme est subaiguë. Homme de 59 ans, peintre en bâtiments. Aucun vestige ni dans le récit, ni sur la personne, d'ostéomyélite infantile. Il y a sept ans, chute sur la jambe gauche; séjour au lit pendant 55 jours, puis convalescence de près de trois mois. Depuis cette époque, rétablissement de la marche. En juillet 1887, sans cause, douleurs térébrantes profondes dans la jambe gauche; persistance; incapacité de tout travail. En octobre, la jambe enfle, le malade entre en décembre. Abcès, décollement ; le tibia a quatre centimètres (en diamètre) de plus que celui du côté sain. Amputation de cuisse. Ostéomyélite à forme ossifiante de tout le tibia gauche. Épaisses formations osseuses sous-périostales; canal médullaire rempli de nouvel os spongieux. Vers le tiers supérieur, un petit foyer gros comme un pois qui serait devenu un abcès. Le vieil os blanc, éburné, serait devenu un vaste séquestre invaginé.

En troisième lieu, je mentionne un cas qui sous beaucoup de rapports, se rapproche de celui de M. Berger. Homme de 34 ans, portant des traces incontestables d'ostéomyélite de l'enfance, sur-

tout au niveau des condyles du fémur droit. Depuis l'enfance, il n'a plus eu aucune manifestation. Il entre dans le service pour une légère douleur du genou droit avec petit épanchement synovial. Repos, compression; au bout de quelques jours, tuméfaction dans le creux poplité. Abcès, incision; l'articulation devient douloureuse, gonflée; la température monte. Arthrotomie; pus dans l'articulation. Continuation des phénomènes graves. Affaiblissement. La température atteint et même dépasse 40°. Amputation de cuisse. Ici nous sommes plus heureux que M. Berger; l'amputation porte sur des tissus sains. Le condyle externe renfermait à son centre un petit foyer d'abcès qui tendait à s'ouvrir en deux points; le cartilage articulaire du condyle qui était soulevé comme une valvule et l'espace intercondylien dont le périoste était décollé dans l'étendue de deux centimètres carrés.

Ces deux derniers malades sont encore dans mon service, bien et rapidement guéris de leur amputation de cuisse.

Mon troisième cas diffère des deux premiers. Il rentre en effet dans l'histoire générale et bien connue de l'ostéomyélite. C'est un exemple de ces faits, aujourd'hui vulgaires, de réveil chez l'adulte d'une ostéomyélite de l'enfance.

M. Lannelongue nous disait : Dans la plupart des cas d'ostéomyélite de l'adulte, vous trouverez des vestiges d'une ostéomyélite ayant existé dans l'enfance.

Rien de plus juste. C'est une vérité que je répète à chaque instant. Je dis moi aussi : L'ostéomyélite est une maladie qui a toujours une vieille histoire; cherchez chez vos malades la trace de son passage, vous la trouverez presque toujours.

Cette discussion n'aurait-elle d'autre effet que de rappeler cette vérité, en même temps qu'elle aura mis cet autre point en lumière, l'existence rare, mais possible de l'ostéomyélite aiguë chez l'adulte, qu'elle n'aura pas été inutile.

M. Le Fort. Les faits que M. Trélat vient de nous citer sont de ceux que chacun de nous a occasion d'observer de temps en temps.

Le cas de M. Berger est beaucoup plus intéressant et plus rare : un os rapidement envahi en totalité, dans toute son épaisseur, et d'une extrémité à l'autre.

J'ai présenté moi-même, il y a quelques années, une clavicule recueillie chez une malade de mon service où l'affection s'était comportée de cette façon. Il s'agissait chez cette femme comme chez celle de M. Berger d'un de ces cas suraigus, avec accidents typhiques, dans lesquels un os est envahi tout entier. C'est une des formes du *typhus des membres* de Chassaignac ; c'est la forme la

plus grave, comme le maximum de la maladie. Elle est très rare, plus rare encore chez l'adulte.

, Chez ma malade, j'avais enlevé la clavicule, elle guérit, momentanément du moins. Quelque temps après, elle revint avec une ostéite aiguë du bassin, à laquelle elle succomba.

M. Reclus. Lorsqu'on se trouve en présence d'une ostéomyélite de l'adulte, et que l'on recherche si parmi les antécédents il n'y a pas une ostéomyélite de l'enfance, il faut bien se rappeler que cette dernière ne se montre pas toujours avec les symptômes particulièrement graves que nous connaissons tous.

J'observe actuellement un malade de 27 ans qui a tous les signes d'une ostéomyélite prolongée du tibia. Or, l'attaque première, qui s'est montrée à l'âge de 14 ans, s'est caractérisée simplement par une faible douleur osseuse, un peu de fièvre et c'est tout. Le malade ne se rappelle pas avoir été alité. Les accidents actuels ont débuté il y a trois ans, mais avec une bien plus grande intensité. J'ai été conduit, par des applications successives de trépan, ouvrant des collections intra-osseuses, à enlever la plus grande partie du tibia.

Présentation de pièce.

Tarsectomie étendue. Guérison,

Par M. Le Dentu.

M. Le Dentu présente les moulages d'un pied sur lequel il a fait une tarsectomie étendue. La malade a 30 ans. Elle a été atteinte jadis d'une paralysie infantile de la jambe gauche. Les muscles ont assez recouvré leur contractilité pour que la marche soit restée possible, mais l'affaiblissement graduel des extenseurs des orteils a déterminé le renversement complet du pied. Avant l'opération, ainsi qu'on peut le voir sur ce premier moulage, le dos du pied, et particulièrement l'astragale luxé, portait à terre, et la plante du pied *était entièrement retournée en haut.*

L'opération consista dans l'extirpation successive de l'astragale, du cuboïde, de l'angle antéro-externe du calcanéum et de l'angle postéro-interne du scaphoïde.

Une seule incision faite sur la saillie de l'astragale et longuement prolongée par en haut et par en bas a permis toutes ces extirpations.

L'immobilisation du pied fut assurée par une attelle plâtrée dorsale. Sauf un petit abcès interne survenu au bout de quelque

temps, rien n'entrava la guérison, mais elle fut obtenue lentement et ne put être considérée comme complète qu'au bout de deux mois et demi à trois mois. Cette lenteur doit être attribuée surtout à la mauvaise constitution de la malade. Celle-ci porte sur la poitrine de nombreuses cicatrices d'abcès froids.

Depuis lors, il s'est reproduit chez elle une suppuration ossifluente sous-claviculaire qui s'est cependant tarie. Actuellement, elle est atteinte d'adénites subaiguës axillaires qui n'ont que peu de tendance à la suppuration.

Ces divers accidents n'ont pas empêché d'obtenir un excellent résultat du côté du pied. Celui-ci, ainsi que vous pouvez le voir, repose d'aplomb sur sa plante. Il est perpendiculaire par rapport à la jambe, mais ce qu'il y a de plus intéressant, c'est que la nouvelle articulation du calcanéum avec les deux os de la jambe offre une mobilité très notable qui augmente tous les jours.

La percussion du talon ne détermine pas de douleurs. En un mot, le résultat est aussi complet que je pouvais le désirer et montre tout ce qu'on peut obtenir de la tarsectomie même faite dans les conditions les plus désavantageuses.

Lecture.

M. Gérard Marchand lit une observation intitulée :

Fracture de l'extrémité supérieure du péroné. — Compression du sciatique poplité externe et paralysie totale des muscles extenseurs de la jambe. — Résection de la tête du péroné. — Guérison complète.

Il présente le malade opéré par lui dans les conditions qu'il vient de dire.

Ce travail est renvoyé à une commission (MM. Monod, Berger et Schwartz, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

Ch. Monod.

Séance du 1er février 1888.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Delens, s'excusant pour raison de santé de ne pouvoir assister à la séance;

3° Une lettre de M. Chauveau, président du comité d'organisation du Congrès pour l'étude de la tuberculose, invitant la Société à participer officiellement aux travaux du Congrès en déléguant un de ses membres;

4° *Contribution à l'étude des effets des nouveaux projectiles de petit calibre*, par le Dr J. Meynier, médecin-major de 1re classe (Commissaire : M. Chauvel);

5° *Hydrocèle vaginale et épiplocèle. Épiplocèle tuberculeuse; cure radicale; guérison*, par le Dr Larzeau (de Niort) (Commissaire : M. J. Lucas-Championnière);

6° *Tuberculose vertébrale; mal de Pott, etc.* Leçons faites par le professeur Lannelongue, recueillies par le Dr V. Ménard;

A propos du procès-verbal.

Traumatisme et grossesse.

M. Berger. Dans le rapport qu'il vous a présenté, il y a huit jours, à l'occasion d'une observation communiquée par M. le Dr Jeannel, M. Marchand, se fondant sur un certain nombre de faits, a cru pouvoir conclure que la fièvre traumatique, et même la fièvre traumatique grave, qui suivent parfois les opérations et qui résultent d'un certain degré d'infection septique, n'interrom-

paient pas nécessairement le cours de la grossesse chez les femmes sur lesquelles ces opérations avaient dû être pratiquées.

Cette réaction des traumatismes opératoires sur la grossesse et l'avortement ou l'accouchement avant terme, présente quelque chose de bien obscur dans son mode d'action, puisqu'elle fait défaut dans des cas où l'état général paraît avoir été sérieusement altéré par les suites de l'opération, et qu'on la voit se manifester, au contraire, dans certains cas où l'atteinte chirurgicale a été parfaitement supportée, n'a été suivie d'aucun retentissement sur la santé générale, dans des cas où l'opération a amené, au contraire, une amélioration manifeste d'un état pathologique grave, et cela même alors que la plaie opératoire est cicatrisée et l'opérée guérie en apparence.

Voici la relation d'un fait de ce genre que j'ai observé, il y a un peu plus d'un an, dans le service que je dirigeais alors à l'hôpital Tenon :

Sarcome périostique du fémur droit à développement rapide chez une jeune femme enceinte de sept mois. — Amputation intra-trochantérienne, suivie de l'accouchement avant terme d'un enfant vivant. — Guérison, puis généralisation de la tumeur.

Quand cette malade se présenta à l'hôpital Tenon, au mois de novembre 1886, elle souffrait du genou droit depuis sept ou huit mois : elle était entrée à l'hôpital Saint-Antoine au mois d'août, et on l'y avait considérée comme atteinte d'une tumeur blanche pour laquelle on lui avait fait des applications de pointes de feu.

Quoique le gonflement de la région du genou put, en effet, faire penser tout d'abord à une arthrite fongueuse, un examen plus attentif démontrait bientôt qu'il s'agissait d'une lésion d'une autre nature. La tuméfaction, qui était énorme, remontait depuis la rotule jusque vers la partie moyenne de la cuisse ; elle présentait une consistance molle et elle donnait une sensation de fluctuation analogue à celle des fongosités synoviales ; mais l'articulation du genou était libre ; malgré le développement de la tumeur, elle jouissait encore d'une partie de ses mouvements normaux et ne présentait pas de mobilité latérale ; il n'y avait aucune tendance à la subluxation de la jambe sur la cuisse, bien que le membre fût dans la demi-flexion ; enfin, il n'y avait que peu ou point d'atrophie musculaire.

La malade, âgée de 19 ans, n'avait aucun antécédent tuberculeux ; elle ne présentait pas d'autre lésion, et elle avait joui jusqu'alors d'une bonne santé. Elle était enceinte d'environ sept mois lors de son admission à l'hôpital. Ce qui la déterminait à réclamer une prompte intervention chirurgicale, c'était l'atrocité des douleurs qu'elle ressentait et qui ne lui laissaient depuis plusieurs semaines aucun moment de repos : 6 grammes de chloral et plusieurs centigrammes de morphine, administrés tous les jours, étaient impuissants à les calmer.

Une ponction exploratrice, faite au point le plus fluctuant, ayant donné issue à du sang pur en grande abondance, il ne fut plus douteux que la tumeur ne fût un ostéosarcome, Celui-ci augmenta rapidement de volume sous nos yeux, même en quelques semaines ; aussi, dès que la malade eut achevé le septième mois de sa grossesse, je me décidai à pratiquer l'amputation de la cuisse.

Celle-ci fut faite dans les trochanters ; en raison de la faiblesse extrême de la malade et surtout de son état de grossesse, je n'osai avoir recours à la désarticulation de la hanche à laquelle dans d'autres conditions j'eusse donné la préférence.

Du reste, l'opération et ses suites se passèrent sans l'ombre d'une complication : la malade guérit en quinze jours, sous deux pansements, de son amputation, sans que jamais la température se fût élevée au-dessus de la normale. Dès le jour même de l'opération, les douleurs avaient disparu, le sommeil, l'appétit et le calme s'étaient rétablis. Je m'étonnais de constater qu'une opération aussi considérable eût pu être exécutée et guérie sans interrompre le cours de la grossesse, quand, le dix-huitième jour après l'opération, en arrivant à l'hôpital, j'appris que l'opérée avait été prise de douleurs la veille au soir, et que, transportée au service d'accouchement, elle y était accouchée dans la nuit d'un enfant vivant.

Celui-ci vécut près de deux mois, puis il mourut d'athrepsie ; la mère se remit de ses couches, qui avaient été normales, et quand elle revint dans le service, son moignon fémoral était depuis longtemps cicatrisé, ferme et absolument sain.

Craignant de voir survenir la récidive dans la partie supérieure du fémur que je n'avais pas enlevée, je recommandai à la jeune femme, quand elle quitta l'hôpital, de venir me revoir de temps en temps ; elle se présenta quelques mois après dans le service, fort engraissée et dans le plus florissant état de santé ; mais, onze mois après, je la vis revenir dans un état des plus graves. Quinze jours auparavant, disait-elle, elle avait été prise de gêne de la respiration ; elle était alors dans un état de suffocation imminente que ne justifiait pas suffisamment un épanchement peu abondant dans les deux plèvres ; elle succomba quinze jours à peine après son admission, et, à l'autopsie, nous trouvâmes ses deux poumons farcis de noyaux sarcomateux dont l'un, situé à droite, avait le volume du poing. Nulle part ailleurs on ne trouvait de tumeurs secondaires ; la partie restante du fémur, trochanter et col, ne présentaient pas trace de récidive. Les ganglions pelviens et les vaisseaux veineux et lymphatiques, correspondant au membre amputé, étaient sains. L'examen du membre amputé permit de constater les particularités suivantes :

La tumeur entourait l'extrémité inférieure du fémur à la manière d'un manchon ; celui-ci, plus épais sur la partie inférieure, mesurai environ 12 centimètres de hauteur. A sa limite supérieure, elle se continuait avec le périoste ; inférieurement, elle s'arrêtait au niveau des cartilages diarthrodiaux des condyles ; ceux-ci paraissaient inaltérés. Le périoste lui-même, au-dessus de la tumeur, présentait une sorte

d'infiltration gélatiniforme rougeâtre qui remontait fort haut; il se laissait décoller de l'os avec facilité. Le néoplasme n'avait envahi nulle part les muscles; en arrière, il soulevait les vaisseaux poplités sans les avoir envahis ni même entourés.

La section à la scie du tissu osseux du fémur et de la rotule n'y fit reconnaître aucune altération. La consistance générale de la tumeur était dure, sa coupe était blanchâtre, fibroïde et donnait l'apparence du tissu du sarcome fasciculé; celui-ci criait sous le scalpel et donnait même à la coupe la sensation de crépitation parcheminée par places, sensation due à un commencement de calcification. Sa partie inférieure présentait quelques foyers de ramollissement, quelques hémorrhagies interstitielles et un grand kyste sanguin qui s'était ouvert dans l'articulation du genou, complication qui n'avait pas été reconnue avant l'opération.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait bien d'un sarcome périostique. Le néoplasme était constitué en majeure partie par des éléments cellulaires de grande dimension. Par places, on voyait des faisceaux de tissu conjonctif jeune, et, dans le voisinage de l'os, quelques fibres élastiques. Çà et là se trouvaient des foyers de calcification, mais nulle part de tissu osseux ni de travail d'ossification véritable.



J'avais, dans ce cas, donné la préférence à l'amputation dans les trochanters sur la désarticulation coxo-fémorale, surtout parce que je craignais que la plaie résultant de cette dernière opération ne pût être suffisamment garantie contre toute contamination, si l'accouchement venait à se produire peu après l'opération. L'événement me démontra que j'eusse pu enlever sans inconvénient tout le membre inférieur par la désarticulation, et je regrettai d'avoir laissé à l'opérée une partie de son fémur que je craignais devoir être le point de départ d'une récidive locale. Sur ce point encore, mes prévisions furent mises en défaut, et la récidive, quand elle se montra, se fit sous la forme d'une généralisation par métastase pulmonaire sans repullulation locale. A cet égard, le fait que je viens de rapporter confirme ce que nous savons sur l'extrême gravité des ostéo-sarcomes des membres, sur le peu de chances qu'on a d'obtenir une guérison durable, même par les opérations les plus étendues, et sur le mode de récidive et de propagation de ce genre de néoplasmes par métastase dans la circulation veineuse, le système lymphatique restant relativement indemne.

Au point de vue particulier auquel je dois me placer pour répondre aux conclusions de M. Marchand, je veux seulement faire ressortir les points suivants :

Une mutilation des plus considérables avec tout son cortège de perturbations : anesthésie prolongée, application de la bande d'Es-

march, perte de sang et shock opératoire, peut ne modifier en rien le cours d'une grossesse existante, au moins d'une façon apparente et pendant les premiers temps qui suivent l'opération.

Les suites même de l'opération, si elles évoluent sans fièvre et sans malaise général, peuvent se passer sans inconvénient apparent pour l'état de gestation, qui, de son côté, n'influence en rien le processus curateur et ne retarde pas la guérison de la plaie chirurgicale.

Et pourtant, malgré la simplicité avec laquelle une complication chirurgicale importante a été subie par une femme enceinte, celle-ci peut avorter ou accoucher avant terme, alors qu'elle est déjà complètement remise de l'opération qu'on a pratiquée sur elle. L'accouchement, lorsqu'il se fait dans ces conditions, ne diffère en rien d'un accouchement prématuré lié à toute autre cause.

En résumé, je crois pouvoir conclure qu'il n'est pas nécessaire qu'une opération se complique de fièvre traumatique ou septique, ou de phénomènes généraux graves, pour qu'elle détermine l'accouchement avant terme ou l'avortement de la femme sur laquelle on la pratique, et que l'intervention chirurgicale, même la plus heureusement conduite, expose dans de notables proportions à cet accident dont il ne faut d'ailleurs pas s'exagérer l'importance et la gravité.

M. Monod. M. Berger vient de faire allusion au danger des opérations pratiquées dans la sphère génitale chez les femmes enceintes, permettez-moi de vous rappeler à ce propos un fait personnel qui montre que ce danger n'est pas absolu. J'avais jugé jusqu'ici inutile de vous en entretenir, parce que de rapides recherches, et en particulier la lecture de la thèse de Rémy[1], qui a récemment résumé l'ensemble des documents publiés sur ce sujet, m'avaient montré que le cas dont j'ai été témoin était loin d'être isolé.

Il s'agit d'une ovariotomie faite pendant la grossesse et n'ayant nullement troublé le cours de celle-ci. Le kyste était volumineux, l'utérus, la femme n'étant enceinte que de deux mois et demi, encore peu développé. Aussi la grossesse avait-elle été complètement méconnue. Ce fut seulement au cours de l'opération, le kyste ayant été évacué et extrait, que l'on aperçut dans le ventre une tumeur solide prise d'abord pour un corps fibreux, mais bientôt reconnu pour l'utérus lui-même, développé par le produit de la conception. La malade guérit sans encombre. Au bout d'un mois, elle rentrait dans son pays, et sept mois

[1] Rémy (S.), De la grossesse compliquée du kyste ovarique (*Thèse agrég.* Paris, 1886).

plus tard, elle m'apprenait elle-même qu'elle était heureusement accouchée d'une petite fille, née à terme et bien portante.

Ce fait s'ajoute, comme je le disais tout à l'heure, à beaucoup d'autres, pour démontrer que des opérations, même faites dans la zone génitale, peuvent ne pas entraver la marche d'une grossesse. Il ne doit pas faire oublier cependant que, parfois aussi, dans des circonstances en apparence semblables, le résultat peut être tout autre, et que l'avortement immédiat ou retardé, comme dans le cas de M. Berger, se produit.

Ainsi que l'a fait remarquer notre collègue, la question est encore obscure, et nous savons mal les conditions dans lesquelles on doit craindre de voir l'accouchement survenir ou espérer qu'il pourra être évité.

Suite de la discussion sur l'ostéomyélite.

M. Th. Anger. L'importance de la question soulevée par M. Berger, dans la dernière séance, est trop considérable pour que chacun de nous ne vienne pas apporter ses idées ou des faits personnels susceptibles de résoudre, ou tout au moins d'éclairer la pathogénie de l'ostéomyélite. Tout d'abord, il me semble, comme à plusieurs de mes collègues, que le terme d'ostéomyélite prête à l'équivoque : sous ce nom, M. Lannelongue a réuni les affections décrites par Gerdy, par Brodie, Chassaignac, etc., sous les noms d'ostéite, de périostite, de médullite, sous prétexte qu'elles ont toutes et toujours un même point de départ, qui est le tissu spongieux voisin des cartilages de conjugaison, point qu'il propose de désigner sous le nom de bulbe. Si, de ce bulbe, l'inflammation gagne l'épiphyse, ce sera l'ostéite épiphysaire de Gosselin; si elle s'étend sous le périoste, ellle donnera naissance au phlegmon sous-périostique de Chassaignac; enfin, si l'inflammation se propage vers le canal médullaire, ce sera la médullite de Gerdy.

Ainsi, pour M. Lannelongue, le point de départ de toutes les affections osseuses de l'enfance et de l'adolescence est unique et toujours le même : c'est le tissu spongieux qui avoisine le cartilage de conjugaison, ce qu'il appelle le bulbe. Voilà bien, si je ne me trompe, l'idée fondamentale qu'a soutenue notre collègue, cherchant ainsi à confondre, sous la seule dénomination d'ostéomyélite, les affections que nous étions habitués à distinguer sous les noms de périostite, d'ostéite ou d'ostéomyélite, selon que, cliniquement au moins, l'inflammation semblait plus ou moins localisée dans le périoste, l'os ou le canal médullaire.

M. Lannelongue va même plus loin : il prétend que les nécroses, les abcès des os de l'âge adulte ne sont que la conséquence de ces ostéomyélites de la période de croissance, alors même que des années séparent l'apparition des unes et des autres.

Cette façon d'envisager la pathogénie des inflammations osseuses a sans doute le mérite de simplifier une question difficile. Malheureusement, quelques faits échappent à cette interprétation. Déjà, dans cette enceinte, M. Verneuil et M. Tillaux se sont élevés contre cette tendance à confondre, sous une seule et unique dénomination, des affections que nos devanciers s'étaient efforcés de distinguer. Pour moi, je n'ai pas beaucoup de faits à citer contre cette théorie ; mais j'en ai observé un il y a plus de onze ans, sur lequel j'ai pris des notes et qui est resté bien présent à ma mémoire. Permettez-moi de vous le rappeler.

M. D..., âgé de 54 ans, était d'un tempérament sec et nerveux, d'une santé habituellement bonne. Sa constitution était manifestement arthritique. Pendant plusieurs années, il avait été sujet à des éruptions eczémateuses et furfuracées du cuir chevelu, du tronc et des membres pour lesquelles il avait été soumis à un régime sévère, aux préparations arsénicales et alcalines.

En 1873, il fit une saison à Luchon dont il se trouva très bien.

Aucun antécédent syphilitique.

Sa mère est morte phtisique dans un âge assez avancé.

Il a perdu un frère de la poitrine à Nice. Ses deux enfants sont délicats, mais assez bien portants.

Le 3 septembre 1876, M. D... fit l'ouverture de la chasse dans les environs de Paris ; il assure qu'il n'éprouva aucune fatigue, ayant très peu marché et qu'il ne reçut aucun coup. Le lendemain, il se leva bien portant, fut à son bureau, déjeuna comme d'habitude et se rendit à la Bourse. Là, vers 3 heures, il fut pris tout à coup d'une violente douleur dans la jambe droite, cessa de pouvoir marcher et prit une voiture pour venir me consulter.

J'examinai la jambe : elle ne portait aucune trace de contusion. La peau était saine comme celle du côté opposé et rien ne pouvait expliquer la violente douleur éprouvée par le malade, dès qu'il voulait poser le pied par terre. Ma première idée fut que M. D... s'était rompu quelques fibres musculaires, peut-être le plantaire grêle ; et je le renvoyai après lui avoir donné un liniment calmant.

Le malade rentra chez lui, se mit au lit, mais la douleur l'empêcha de trouver le sommeil. M'étant absenté le lendemain, je ne revis le malade que le jeudi 7 septembre à 8 heures du matin. Il me raconta qu'il n'avait pas cessé de souffrir, et que de temps en temps ses douleurs s'exaspéraient au point de devenir intolérables. Ce n'étaient point des douleurs profondes, ostéocopes, mais des douleurs superficielles sans siège précis : tantôt c'était le mollet, tantôt les muscles de la partie supérieure et moyenne de la jambe, tantôt la région malléolaire.

Dans aucun point, la pression, même forte, ne provoquait de douleur. D'ailleurs, la jambe était exactement semblable à celle du côté opposé : même volume, même aspect de la peau ; rien ne dénotait une inflammation profonde. Cette douleur ne s'irradiait pas le long des troncs nerveux. Les mouvements volontaires ou imprimés, soit au pied, soit à la jambe, ne la réveillaient pas ; et cependant, dès que le malade voulait appuyer le pied sur le sol, les crises douloureuses se prononçaient plus violentes, plus intolérables.

Le pouls était calme et le thermomètre n'accusait aucune élévation de température. Il n'y avait aucune trace de varices, soit superficielles, soit profondes.

Ce fait de l'exacerbation des douleurs dès que le malade voulait marcher me frappa et je songeais à la possibilité d'une ostéite profonde ou d'un abcès du tibia. Dans le but de vérifier ce diagnostic, je percutai à maintes reprises la face sous-cutanée de cet os, mais sans résultat précis. Et comme le malade affirmait que les douleurs ne siégeaient pas dans l'os lui-même, mais revenaient par crises douloureuses qui lui arrachaient des cris et des pleurs, je fis matin et soir des injections de morphine.

Ces accès de douleurs se montraient une ou deux fois par vingt-quatre heures. Le malade compare ses souffrances plutôt à des crampes qu'à des douleurs ostéocopes. Ces crampes siègent tantôt dans le mollet, tantôt à la partie moyenne et antérieure de la jambe, quelquefois au niveau du cou-de-pied.

La compression avec un bandage ouaté, l'enveloppement avec des compresses trempées dans l'alcool pur ne produisent aucune amélioration.

Du 10 au 13 septembre, les crises douloureuses se renouvellent à des intervalles irréguliers, mais toujours avec une intensité croissante. Chaque soir, il y a une légère élévation de température qui oscille entre 38° et 39°. Presque constamment, le malade reste couché et pendant les heures de crise se tient assis dans son lit, la jambe pliée sur la cuisse.

L'iodure de potassium, le valérianate de quinine, les sangsues, le chloral, toutes ces médications n'amènent aucun soulagement.

Le 15 septembre, je fis appliquer sur la jambe un large vésicatoire. Les crises douloureuses n'en furent pas améliorées. Jusqu'à ce moment, le malade a continué de manger sinon avec appétit, au moins suffisamment pour se soutenir.

Du 20 au 25 septembre, je confiai mon client au Dr Leroy, qui lui fit régulièrement deux injections de morphine chaque jour. M. le Dr Leroy ne met point en doute l'existence d'une névralgie et de fait la constatation des points douloureux au niveau du col du péroné et du sciatique semble lui donner raison. Néanmoins, une névralgie aussi violente et insolite laisse place au doute et je ne puis m'empêcher de craindre une ostéite profonde du tibia, en me fondant surtout sur l'impossibilité qu'éprouve le malade à s'appuyer sur le membre. En outre,

il existe depuis quelques jours des contractions fibrillaires des muscles de la partie postérieure de la jambe et de la cuisse.

Le 27 septembre, je remarquais sur la face antéro-interne du tibia, un léger œdème, douloureux à la pression; l'apparition de cet œdème coïncide avec la diminution des douleurs et leur localisation vers l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du tibia.

Le samedi 30 septembre, un mois après le début des accidents, l'œdème est devenu de l'empâtement ; la peau est rouge, sensible à la pression.

En même temps, la température s'élève jusqu'à 40°. Le diagnostic n'est plus douteux : Il s'agit évidemment d'une ostéopériostite du tibia et, pour en arrêter les progrès, je propose une large incision.

Le 1er octobre, une incision de trois à quatre centimètres est pratiquée le long du bord interne du tibia. Les lèvres de la plaie donnent issue à une petite quantité de sang et à quelques gouttes de pus infiltré dans les mailles du tissu cellulaire. Le périoste est intact et adhérent à l'os dans toute l'étendue de l'incision, excepté dans un point très limité, situé sur la face interne à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs de la jambe. Là le périoste est soulevé par une petite quantité de pus qui pourrait être contenu dans un dé à coudre, et l'os apparaît nettement à nu.

A partir de ce moment, les douleurs ont complètement cessé dans toute l'étendue du membre, et l'on n'a plus besoin d'avoir recours à la morphine. Néanmoins, la fièvre persiste et le thermomètre oscille entre 38° 5 et 39° 5.

Le 2 octobre, on constate l'existence d'un gonflement mal circonscrit situé à la partie supérieure de l'espace interosseux. L'incision donne issue à une certaine quantité de pus qui avait fusé sous les muscles. On trouve la face externe du tibia à nu au fond de la plaie.

Le 4 octobre, le genou qui jusqu'ici était resté normal se tuméfie; la fluctuation, le soulèvement de la rotule deviennent manifestes ; mais, comme il n'y a ni douleur ni chaleur, j'espérais qu'il ne s'agissait que d'un épanchement séreux de voisinage. C'est à ce moment que le Dr Labbé fut appelé en consultation, le 6 octobre.

Analysant la marche des accidents depuis le début de l'affection, il nous parut évident à l'un et à l'autre que nous avions affaire à une ostéomyélite suppurée de tout le canal médullaire du tibia, avec propagation imminente sinon déjà réalisée à l'articulation du genou.

En présence d'une situation aussi grave, il n'y avait que deux partis à prendre : ou amputer la cuisse, ou ouvrir franchement l'articulation du genou, et tout le canal médullaire du tibia. Le malade refusa l'amputation.

Le périoste n'étant pas décollé, nous avions chance de ne pas trouver le tibia nécrosé dans toute son étendue. Il fut convenu qu'après avoir endormi le malade, on ferait une ponction exploratrice dans le genou : si le liquide contenu était séreux, on lui donnerait issue ; s'il était purulent, on ouvrirait largement l'articulation. Ce plan fut exécuté le 8 octobre. La ponction du genou ayant donné issue à un liquide louche,

grumeleux, je fis de chaque côté de la rotule une incision de 12 centimètres, et je passai un drain dans le cul-de-sac supérieur de la synoviale. Du côté du tibia, l'incision fut prolongée par en haut et par en bas, de façon à découvrir toute la surface de la région antéro-interne de l'os. Le périoste qui était adhérent fut décollé dans une étendue suffisante pour appliquer une première couronne de trépan là où le tibia était à nu.

Nous aperçûmes alors du pus dans le canal médullaire. Décollant de nouveau le périoste, quatre autres couronnes de trépan furent successivement pratiquées et je fis sauter les ponts intermédiaires avec la gouge et le maillet. Tout le canal médullaire était rempli de pus. Le genou et les plaies furent lavés avec la solution forte d'acide phénique, et un pansement de Lister appliqué sur la jambe ; puis tout le membre fut placé dans une gouttière plâtrée pour s'opposer à tout mouvement de l'articulation du genou.

Ce pansement fut renouvelé d'abord tous les jours, puis tous les deux jours et j'ajoute qu'il fut fait chaque fois très méthodiquement et avec toutes les précautions recommandées par Lister. Pendant les deux mois que survécut le malade, il ne se produisit aucun incident notable du côté des plaies.

Jusqu'à la fin d'octobre, le malade conserva assez bien ses forces ; la fièvre n'étant pas encore complètement tombée après l'opération, on dut avoir recours plusieurs fois au valérianate de quinine.

Dans les premiers jours de novembre survint une diarrhée, puis apparemment des larges eschares au sacrum.

Le 4 novembre, l'articulation tibio-tarsienne du côté gauche devint le siège d'un gonflement blanc et douloureux, et bientôt se montrèrent tous les signes d'une arthrite latente qui ne tarda pas à devenir purulente et qu'il fallut ouvrir et drainer. En même temps, apparut à la face externe du maxillaire inférieur un petit abcès froid qui ne laissa plus de doute sur l'existence d'une infection purulente, quoique le malade n'eût pas éprouvé de grands frissons.

Il s'éteignit le 5 décembre, plus de trois mois après le début de la maladie, et deux mois après l'évidement dans toute son étendue du canal médullaire du tibia. Les abcès multiples, la toux, indiquent suffisamment qu'il succomba à une pyohémie sourde et latente, survenue sans les grands frissons classiques.

L'observation dont je viens de rapporter les détails les plus essentiels a fait naître dans mon esprit trois ordres de réflexions que je demande la permission de vous soumettre brièvement.

Tout d'abord, au point de vue de la pathogénie, il est à noter que ce fait prouve péremptoirement l'existence de l'ostéomyélite spontanée. Chez cet homme, âgé de 54 ans, on ne peut pas plus invoquer une lésion primitive d'un cartilage épiphysaire qu'une lésion du périoste. Il est certain que la maladie a débuté par la moelle, rien que par le canal médullaire où l'inflammation est

restée confinée et latente pendant plus d'un mois, avant de sortir des limites de la substance compacte du tibia. Ce n'est que peu à peu, à la longue, que le pus s'est fait jour par les canaux de Havers jusqu'au périoste qui a été décollé mécaniquement dans une étendue presque insignifiante.

En second lieu, le caractère spontané de cette ostéomyélite est de toute évidence. En effet, le malade n'avait reçu aucun coup. La veille de l'invasion, il était allé à la chasse, il est vrai, mais il ne s'était nullement fatigué et n'avait fait, selon son expression, qu'une simple promenade. J'ajoute qu'il n'avait fait aucune chute, n'avait sauté aucun fossé et que, le soir, il était rentré parfaitement portant[1]. C'est pendant qu'il s'occupait à la Bourse qu'il fut pris subitement et instantanément d'une douleur dans la jambe et qu'aussitôt il cessa de pouvoir marcher.

S'il est impossible d'assigner au développement de cette ostéomyélite une cause locale, il ne l'est pas moins d'en rechercher la cause dans l'état général du malade. Il est seulement à noter que cet homme était arthritique, ayant eu à plusieurs reprises et pendant longtemps des éruptions arthritiques du côté des muqueuses pharyngées et surtout du côté de la peau. Au fond et malgré leur persistance, ces manifestations arthritiques avaient été bénignes et n'avaient jamais entravé ses occupations. Si je signale l'arthritisme dans ce cas, ce n'est pas pour lui faire jouer un rôle actif, c'est uniquement pour être complet, car je ne pense pas que cette diathèse puisse être invoquée comme une cause d'ostéomyélite.

Si maintenant nous étudions la marche et le diagnostic de cette affection, nous constatons l'existence de trois principaux phénomènes :

1° La douleur;

2° L'impossibilité de marcher;

3° Des crampes et des tressaillements musculaires.

Je ne parle pas des phénomènes généraux tels que la fièvre, l'insomnie, l'inappétence, parce qu'ils n'ont rien présenté de particulier au début.

La douleur offrait ceci de caractéristique, c'est qu'elle n'a jamais été localisée dans un point précis. Le malade la ressentait dans toute la jambe, et lorsqu'on voulait lui faire préciser le point plus spécialement douloureux, il indiquait tantôt le mollet, tantôt la partie inférieure ou moyenne du tibia, quelquefois la malléole interne, et plus rarement le cou-de-pied.

Si je cherchais moi-même à provoquer par la pression ou la

[1] Dans sa jeunesse, il n'avait éprouvé aucune atteinte du côté des os ; il ne portait aucune trace de maladie du squelette.

percussion le siège précis du mal, je ne parvenais jamais à un résultat clair et net. La position du membre ne semblait avoir aucune influence sur l'apparition de la douleur. La seule chose qui la réveillât sûrement et constamment, c'était la marche ou même seulement la station debout sur la jambe malade. Cette particularité, jointe à l'absence de sensibilité sur le trajet ou au niveau de l'émergence des troncs nerveux, était la seule raison qui me faisait dès le début douter d'une névralgie pure et simple.

D'ailleurs, si la douleur revenait par crises, ces crises n'avaient rien de régulier ni dans leur cause, ni dans leur apparition, ni dans leur durée. Pendant ces crises, le malade prenait pour soulager ses souffrances les attitudes les plus bizarres. Le plus souvent, il se tenait dans son lit, assis sur son séant, accroupi, les cuisses fléchies sur le tronc, et les jambes maintenues fortement fléchies avec les mains.

Le second phénomène marquant de cette ostéomyélite était l'existence de crampes siégeant tantôt dans le pied, tantôt dans les mollets, au niveau du tendon d'Achille, ou en arrière des malléoles. Les muscles correspondants à ces crampes étaient durs, contracturés, mais peu sensibles à la pression. Plus tard, ces crampes disparurent, mais elles furent remplacées par des contractions fibrillaires et partielles qui étaient facilement visibles et sensibles au toucher.

Ces crampes et ces tressaillements musculaires n'avaient pas le caractère tétanique et laissaient au patient la liberté du jeu de ses articulations.

Les douleurs à forme névralgique, l'impossibilité de marcher et même de se tenir debout, les crampes douloureuses, puis les contractions fibrillaires des muscles, tels furent, pendant le premier mois, les phénomènes locaux par lesquels se manifesta cette ostéomyélite.

Pris isolément, aucun de ces phénomènes n'est guère caractéristique; mais leur ensemble, surtout lorsqu'ils s'accompagnent d'un état fébrile, est de nature à éveiller l'idée d'une ostéomyélite, de préférence à celle d'une névralgie simple, rhumatismale ou syphilitique.

Quant aux phénomènes généraux dont l'invasion chez l'adolescent est si violente, si effrayante même, ils ont été presque nuls au début, et ne sont apparus que tardivement, plus de trois semaines après le début des douleurs locales.

En outre, ils sont restés modérés pendant toute la durée de l'affection et ne se sont traduits que par un subdélirium tranquille.

M. Gosselin, dans ses leçons, fait remarquer que les phénomènes locaux et généraux des ostéomyélites de l'adulte ne se pré-

sente pas avec la violence ou la gravité que que l'on observe chez l'enfant ou l'adolescent. L'observation que je viens de vous lire confirme cette opinion.

Cette disproportion entre la gravité des lésions locales et la bénignité des symptômes ne contribue pas peu à rendre le diagnostic difficile et incertain. Et cependant il faudrait agir et agir aussi promptement chez l'adulte que chez l'enfant, si l'on ne veut pas que le malade perde son membre ou même que son existence soit gravement compromise.

Il n'y a, en effet, que deux partis à prendre : ou trépaner l'os, ou pratiquer une amputation.

Trépaner l'os, ouvrir largement le canal médullaire dans les premiers jours eût été une conduite qui eût probablement sauvé mon malade. Lorsque je m'y décidai, il était trop tard, l'événement l'a bien prouvé. Seule l'amputation de la cuisse était indiquée lorsque le diagnostic d'ostéomyélite fut porté. J'en fus empêché par le refus du malade, et plus tard, lorsqu'il me demanda lui-même l'amputation, il était trop tard, parce qu'alors existaient des abcès multiples d'infection purulente.

Ce n'est donc pas seulement chez l'enfant ou l'adolescent, comme l'a proposé M. Lannelongue, qu'il faut trépaner de bonne heure un os atteint d'ostéomyélite; c'est aussi chez l'adulte. Mais, si l'indication de cette trépanation est difficile à préciser dans l'adolescence, elle l'est bien davantage dans un âge plus avancé. Le soulèvement du périoste par le pus, l'œdème du membre, la pâleur de la peau, jointe au développement des veines sous-cutanées, enfin la gravité des symptômes généraux permettent le plus souvent non seulement de porter un diagnostic exact dans l'enfance, mais ils permettent de préciser à peu près le point sur lequel doit porter la trépanation. Chez l'adulte, au contraire, la plupart de ces symptômes manquent et entraînent dès lors une indécision dans le diagnostic et par suite dans le traitement local. Si le malade dont je viens de présenter l'histoire avait présenté dans un point de son tibia une augmentation de volume, le soulèvement du périoste, et avec cela des phénomènes locaux et généraux graves, nul doute que la trépanation eût été facilement indiquée et exécutée.

C'est le contraire qui s'est passé. Malgré la brusquerie du début, immédiatement suivi de l'impossibilité de marcher, l'inflammation de la moelle osseuse a mis un mois avant d'apparaître à l'extérieur sous forme d'un tout petit abcès sous-périostique au tiers inférieur du tibia. Presque en même temps apparaît le gonflement du genou qui, comme l'a très bien fait remarquer M. Tillaux, indiquait que tout le canal médullaire était envahi. Pour que la trépa-

nation eût eu chance de succès, c'est au début, dans les huit ou quinze premiers jours, qu'il eût fallu la faire. Or, je le répète, à ce moment, il n'existait aucun signe local de la suppuration du canal médullaire. Il n'y avait ni douleur localisée soit spontanément, soit à la percussion, ni empâtement du membre ni même de fièvre violente, mais seulement des crises douloureuses vagues, des crampes et l'impossibilité de marcher. Dans ces conditions, où aurais-je pu trépaner l'os avec un diagnostic si incertain sur la nature et le siège de l'affection ?

M. Gosselin a bien décrit une ostéite à forme névralgique différente des abcès des os ; mais cette ostéite n'a été observée qu'à la suite de fractures et ce n'était pas le cas chez mon malade.

Il ressort donc clairement de ce fait qu'il existe chez l'adulte une forme d'ostéomyélite spontanée tout à fait différente de celle de l'enfant dont les signes peuvent rester latents et sans localisation apparente pendant des semaines, ostéomyélite qui serait probablement susceptible de guérir par une trépanation de l'os et contre laquelle le chirurgien reste impuissant faute de signes qui lui permettent de porter son intervention sur le siège précis de l'inflammation. Il m'a semblé que, dans une discussion sur l'ostéomyélite, il n'était pas inutile de signaler cette forme, quelque rare et exceptionnelle qu'elle soit. C'est pourquoi j'ai cru devoir rapporter ce fait avec détail en insistant sur les symptômes qui en avaient marqué le développement, et spécialement sur les douleurs névralgiques, sur l'impossibilité de marcher et de garder le membre dans une situation déclive et enfin sur les crampes et les contractions fibrillaires des muscles.

M. Lannelongue. Je désire revenir sur un point, sur lequel il importe d'insister. A chaque instant on entend parler de l'ostéomyélite comme étant une affection des adolescents. Or, dans mon service, où les ostéomyélites abondent, c'est à peine si je vois jamais un adolescent; les plus âgés de mes petits malades ont 14 ans, la plupart sont des enfants de 10 ans, et 6 ans, voire même de 3 semaines ; et chez tous on peut observer des cas d'ostéomyélite.

Je demande donc que l'on ne se serve plus de ce terme : *ostéomyélite des adolescents*, mais bien plutôt de celui que je propose depuis longtemps : *ostéomyélite de développement* ou de *croissance*. Ce qui revient à dire que, tant que les os croissent, ils sont exposés à s'enflammer, et cela plus spécialement à 6, 8 et 10 ans, que plus tard.

Le second point sur lequel je tiens à attirer votre attention est le suivant. M. Trélat, tout en assurant qu'il était d'accord avec

moi, vous a dit que vous, chirurgiens d'hôpitaux réservés aux adultes, et moi, nous opérions sur des terrains différents, voulant exprimer par là que je n'observais guère que les premières phases de l'ostéomyélite, tandis que vous en voyiez plutôt les suites éloignées.

Je ne puis accepter cette distinction ainsi formulée. Je dis, en effet, que j'ai, moi aussi, occasion d'étudier tous les accidents tardifs de l'ostéomyélite, ces reliquats de l'affection aiguë, fistules, séquestres, abcès osseux, hyperostoses, que j'ai décrits sous le nom *d'ostéomyélite prolongée.* A telles enseignes, qu'il y a longtemps déjà, en 1879, dans quatre articles successifs insérés dans les *Archives de médecine,* j'envisageais la question sous toutes ses faces [1].

Ces affections diverses, suites de l'ostéomyélite aiguë, qui se rattachent à celle-ci, et en dépendent, comme les rameaux d'un arbre au tronc qui leur a donné naissance, encombrent, je le sais, vos hôpitaux d'adultes, mais elles s'observent également chez les enfants où il est possible de les étudier dans leur infinie diversité.

Au sujet de l'ostéomyélite aiguë primitive de l'adulte, je dirai à M. Berger et à M. Bouilly : rien n'est plus difficile lorsque l'on interroge un homme de 50 à 60 ans, que d'obtenir de lui des renseignements tant soit peu précis sur une affection dont il a souffert dans son enfance. Que peut-il vous dire sur ce qu'il a éprouvé ou sur ce que l'on a constaté chez lui à l'âge de cinq ans ? A-t-il eu ou non de la fièvre, des douleurs vives ? Qu'en sait-il ?

Mais moi-même, chez les enfants que l'on m'amène, malgré tous mes efforts, et les soins que j'apporte à l'interrogatoire, soit du sujet lui-même, soit de ses parents, je suis bien souvent dévoyé. Il me faut parfois une demi-heure de lutte et d'investigation pressante pour arriver à préciser les faits les plus simples en apparence.

Il faut donc, avant d'admettre qu'une ostéomyélite chez un adulte est réellement primitive, serrer la question de près, et n'accepter cette étiologie qu'à bon escient. Ce qui ne veut pas dire que je nie l'ostéomyélite primitive de l'adulte. Il en existe, je suis le premier à reconnaître, des cas qui sont hors de toute contestation.

M. Berger. Je réponds en très peu de mots aux remarques qu'a soulevées ma communication : celle-ci ne vise que les faits d'ostéo-

[1] O. Lannelongue et J. Comby, De l'ostéomyélite chronique ou prolongée (*Arch. gén. de méd.* 7e série, t. IV, p. 257 et suiv., Paris, 1879).

myélite infectieuse aiguë développée chez l'adulte; je laisse donc de côté tous les points qui se rapportent à des ostéites à marche chronique ou subaiguë, de beaucoup les plus fréquentes, à un âge avancé de la vie.

Je n'ai pas voulu nier, d'une manière absolue, que l'ostéomyélite aiguë pût se développer spontanément et primitivement chez l'adulte; dans ma communication, je mentionne même certaines variétés d'ostéites aiguës qui ne tirent point leur origine d'une première poussée de l'infection ostéomyélitique survenue à la période d'accroissement de l'os. M. Trélat, M. Anger en ont cité de nouveaux exemples. Je ferai pourtant observer que l'absence de commémoratifs, fournis par le malade, n'implique pas nécessairement la non-existence d'une inflammation osseuse dans ses premières années; nous savons tous combien sont incomplets et incertains les renseignements qui nous sont donnés de la sorte sur une affection, dont le sujet qui en a été atteint peut avoir perdu tout souvenir.

Mais, me dira-t-on, il reste toujours une trace de la première poussée d'ostéomyélite; tout au moins une hyperostose, qui accuse l'origine première de la maladie. C'est le fait dans l'immense majorité des cas; mais cette trace même de la première poussée d'ostéomyélite peut manquer, et c'est justement ce que prouve mon observation.

La première atteinte de l'ostéomyélite était indubitable; elle était prouvée par les commémoratifs, et confirmée par l'existence d'une cicatrice adhérant à l'os; et cependant, à l'examen anatomique le plus complet, nous ne pûmes trouver aucune modification de l'os, appréciable à l'examen extérieur ou à la coupe, qui fût restée comme un témoin de cette ancienne atteinte. Rappellerai-je du reste à M. Lannelongue, à la doctrine et aux idées duquel je me suis absolument converti sur le plus grand nombre des points, qu'en 1879 déjà, dans la discussion qui s'est élevée ici-même sur ce sujet, j'ai présenté un jeune malade qui avait guéri d'un abcès sous-périostique aigu, ouvert et traité par M. Gosselin et par moi, sans nécrose et sans hyperostose. Ce sont des faits rares, des exceptions si l'on veut, mais des exceptions dont il faut tenir compte.

Inutile d'ajouter qu'avec M. Lannelongue, je considère l'ostéomyélite, non comme une affection exclusive de l'adolescence, mais comme pouvant se présenter à toutes les périodes du développement et de l'accroissement des os, dans l'enfance, comme dans l'adolescence.

Je me résume encore une fois en disant que, plus on soumettra les faits d'ostéomyélite infectieuse aiguë développés chez l'a-

dulte à une critique minutieuse et à un examen scrupuleux, plus on arrivera à reconnaître l'existence antérieure d'une première atteinte de cette affection, survenue à l'époque de la croissance de l'os, et ayant présidé et, en quelque sorte, préparé son invasion tardive.

M. Trélat. M. Lannelongue vient de nous parler de ces ostéomyélites tardives « qui encombrent nos hôpitaux d'adultes ». Il a parfaitement raison. Elles sont tellement fréquentes, en effet, que je n'en parle plus qu'incidemment dans mes leçons, tant la question me paraît aujourd'hui connue et rebattue.

Il a bien raison aussi de réunir ces cas sous le nom d'*ostéomyélite prolongée*. J'en donnais dans la dernière séance un exemple bien typique, celui de cet homme qui, à l'âge de 7 ans, présente des accidents d'ostéomyélite, chez lequel le mal sommeille jusqu'à 34 ans, pour se réveiller sous forme d'une petite douleur, siégeant au genou, sans importance en apparence, mais qui rapidement devient telle, ou plutôt s'accompagne d'accidents de telle sorte, que l'amputation s'impose.

Je vous ai dit les résultats donnés par l'examen du membre, l'existence dans le condyle externe du fémur d'un abcès, établissant la réalité de l'inflammation aiguë de l'os.

Peut-être pour des cas de ce genre pourrait-on se servir d'un autre terme que celui d'ostéo-myélite *prolongée*, et serait-il plus exact de parler de *rappel* d'une inflammation de l'enfance. Cela importe peu. Ce qu'il faut savoir, c'est qu'il y a parfois de ces très longs délais.

D'autre part, il existe bien réellement des ostéomyélites de l'adulte. L'un des cas que j'ai cités est un exemple très net de cette forme; aucun accident antérieur, aucune cicatrice visible, ostéite vraiment primitive, marche très rapide du mal, amputation, mort.

En d'autres termes, et pour me résumer, je dis ceci : il est parfaitement vrai que l'on peut observer dans le système osseux une affection à expression symptomatique très variée, tantôt se présentant avec tout un ensemble de phénomènes graves, parfois mortels, tantôt consistant simplement en quelque lésion inflammatoire ancienne, fistule osseuse, séquestre, ou même légère déformation du squelette sans importance. Mais presque toujours, dans ces cas, il est possible de remonter dans le passé du malade et de reconstituer pas à pas l'histoire de sa maladie, qui en réalité date de loin.

Je l'ai dit, et le redis encore, l'ostéomyélite a presque toujours

une vieille histoire. Dans quelques cas cependant cette histoire fait défaut, et la maladie est réellement primitive.

Communication.

Infection purulente sans plaie, forme éruptive,

Par M. Després.

Lorsque j'ai rapproché la syphilis de l'infection purulente [1], j'avais en vue certaines formes de l'infection purulente où l'on observe des éruptions de taches sur le corps. Je présente aujourd'hui une observation curieuse de cette forme d'infection.

Ce qu'il y a de particulier dans ce cas, c'est que l'inflammation préalable a été une inflammation du système lymphatique, comme dans la syphilis, où l'on observe souvent, pour point de départ, une érosion, une lymphangite et un bubon. Il n'est pas moins curieux de remarquer que, dans la fièvre typhoïde, avec les inflammations des plaques de Peyer et les engorgements des ganglions mésentériques, il y a des éruptions de taches rosées lenticulaires, presque des papules. Chez le malade dont je présente ici l'observation, l'éruption existait sur les membres; mais au début les lésions ressemblaient trait pour trait aux taches rosées de la fièvre typhoïde, à cela près qu'elles n'existaient pas sur le tronc.

Voici l'observation sans autres commentaires.

Observation [2]. — Le nommé Louis D..., âgé de 26 ans, garçon d'hôtel, est entré à la Charité le 22 septembre 1887. Il fut couché au lit 18 de la salle Saint-Jean, dans le service de M. Després. Aucun antécédent, ni rhumatisme, ni accidents paludéens, il accuse seulement quelques marches forcées dans ces derniers temps.

Des traînées rouges d'angioleucite se dessinent sur la jambe gauche de notre malade jusqu'à l'aine, et la région du cou-de-pied est chaude, rouge et douloureuse. Cependant, pas trace d'écorchure étendue sur le pied. Il y a menace d'abcès au niveau de la malléole externe; des compresses de fleurs de sureau sont appliquées jour et nuit sur la région; l'inflammation diminue, la rougeur de la jambe disparaît, mais il reste de l'empâtement derrière la malléole externe, et un peu de liquide est épanché dans la gaine des péroniers latéraux. Une compression ouatée est appliquée et laissée pendant huit jours. L'état général du ma-

[1] *Traité théorique et pratique de la syphilis ou infection purulente syphilitique*. Paris, 1873.

[2] Recueillie par M. Mordret, interne du service.

lade est bon; toute trace d'inflammation et tout épanchement séreux a disparu lorsqu'on enlève le pansement compressif. Un peu de douleur à la pression persiste seulement au niveau de la gaine des péroniers.

Le 5 octobre, le malade a des frissons d'un quart d'heure, puis le soir même apparaît une éruption très discrète de papules érythémateuses localisées surtout au niveau des genoux, des poignets, et quelques papules disséminées au tronc. Le malade n'a pas eu de vomissements, pas de rachialgie; rien dans les symptômes généraux ne peut faire regarder cette éruption comme varioloïde, bien que sa forme s'en rapproche beaucoup. La température, le 7 au soir, s'élève à 39°.

Le 8, l'éruption est plus marquée sur le genou gauche; quelques boutons au front ; au genou, elle forme pour ainsi dire un fer à cheval autour de la rotule, ne descend pas sur la jambe, mais remonte très discrètement sur la cuisse. Quelques papules sont très près les unes des autres, mais la plupart sont très espacées. Au poignet, elles forment bourrelet : on en observe quelques-unes au niveau des coudes, du côté de l'extension. Cette éruption n'est nullement douloureuse. Pas de frisson dans la journée.

Le 11, nouvelle poussée ; l'éruption, qui commençait à pâlir, a repris sa couleur primitive. Examinée avec soin et à la loupe, au niveau des genoux, on observe une très petite vésicule au centre de certaines papules; le malade a eu dans la soirée du 10 un nouveau frisson coïncidant avec une élévation considérable de température, comme le prouve le tracé ci-joint (41°).

A partir de ce jour la température est des plus variables; elle offre une série de grandes oscillations constituées comme type général par deux températures sensiblement égales séparées par un intervalle qui, à certains jours, a atteint jusqu'à 5°.

Les quelques papules observées au niveau du front disparurent rapidement; nous ne pouvons suivre jour par jour la marche de la température, que le tracé indique suffisamment.

Pendant cette longue période, la santé du malade s'est conservée assez bonne, à part qu'il maigrissait ; l'appétit a persisté, et les jours où le malade était apyrétique il mangeait, et il n'accusait qu'un sentiment de faiblesse générale. Traitement général : sulfate de quinine, macération de quinquina. Quelques incidents doivent cependant être signalés :

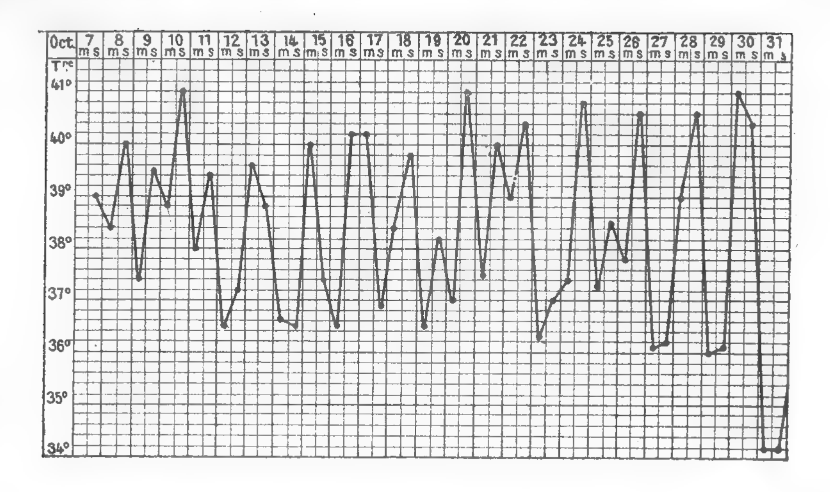
Le 22, le malade eut quelques frissons.

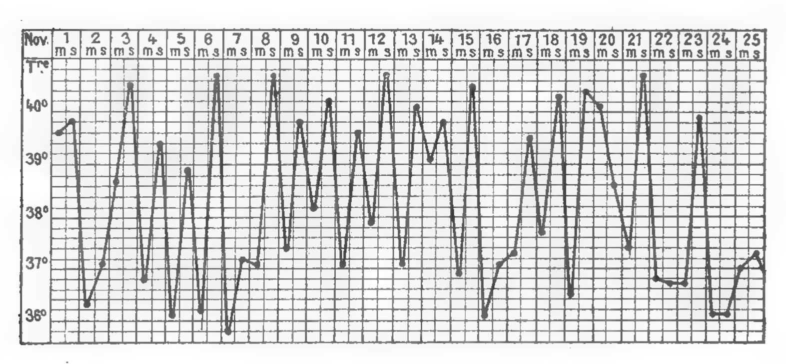
Le 24, courbature générale, douleurs vagues locales au niveau des bras.

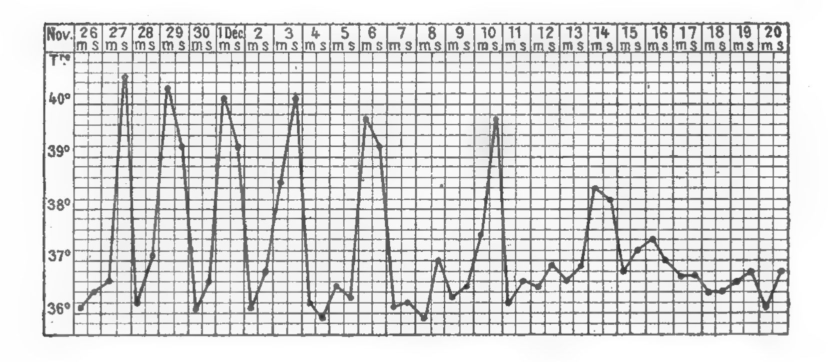
Le 26, quelques frissons, troisième éruption aux genoux et à l'avant-bras. On observe nettement quelques petites pustules. Température du soir, 40°,6.

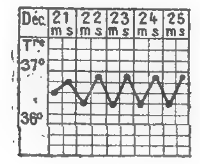
Le 28, autre poussée éruptive, quatrième éruption, cette fois exclusive, sur les membres inférieurs.

Le 30, quelques taches se rapprochent beaucoup, comme aspect, des taches lenticulaires. Le matin, 41°.


Oct.
7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
m s
Tre
41°
40°
39°
38°
37°
36°
35°
34°


Nov.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25
m s
Tre
40°
39°
38°
37°
36°


Nov.
26 27 28 29 30 1 Déc 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
m s
Tre
40°
39°
38°
37°
36°


Déc.
21 22 23 24 25
m s
Tre
37°
36°

Le 4 novembre, sensation de froid pendant l'après-midi. Température du soir, 40°,5.

Les éruptions deviennent de plus en plus rares ; les élévations de température tendent à s'espacer, nous voyons trois ou quatre températures basses se succéder, puis une température très élevée, mais la courbe redescend presque de suite à 37° et même 36°.

Le 1er décembre eut lieu la cinquième et dernière éruption.

Le 7 décembre, il ne reste plus aucune trace d'éruption. La température s'élève une dernière fois à 39°,7 le 10 décembre, et à 38°,2 le 14 décembre ; puis le plateau redevient normal ; le malade reprend peu à peu ses forces et sort du service le 31 décembre 1887.

Discussion.

M. Richelot. Le fait que vient de nous rapporter M. Després est intéressant à cause de sa rareté par le temps qui court. Il faut bien savoir, cependant, qu'autrefois, alors que les infections purulentes étaient fréquentes, nous avons tous vu de ces cas d'infection à forme chronique, accompagnée d'éruptions ; mais, en général, les malades finissaient par succomber.

M. Després. Les faits d'infection purulente avec éruption existent depuis longtemps, mais pas au point où était arrivée l'infection purulente de mon malade.

Mais ce que cette observation me paraît présenter de particulièrement intéressant, c'est, d'une part, l'origine lymphatique, et, de l'autre, la guérison.

Jadis les chirurgiens, Velpeau en particulier, avaient nié l'infection purulente consécutive à l'érysipèle et à la lymphangite. Aujourd'hui il faut être moins absolu, et l'on pourrait admettre deux formes typiques d'infection purulente, l'une avec son origine phlébitique, suivant la doctrine de Bérard et Cruveilhier, aboutissant aux abcès métastatiques en quelques jours ; l'autre, à évolution plus longue, se manifestant par des éruptions cutanées papuleuses, moins infailliblement compliquée d'infarctus et susceptible de guérison.

Présentation de pièces.

1° *Kyste hydatique des muscles de la cuisse,*

Par M. Lannelongue.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une tumeur assez rare que j'ai enlevée ce matin dans mon service d'hôpital. Comme on le voit, c'est une tumeur lisse, régulièrement arrondie, très tendue,

transparente. Cette tumeur d'aspect kystique siégeait dans l'épaisseur des muscles postéro-internes de la cuisse; c'est évidemment un kyste hydatique. Voici, en quelques mots, l'histoire du malade et les particularités auxquelles a donné lieu l'ablation de cette tumeur :

Le malade est un jeune garçon de 10 ans, entré dans mon service le 27 décembre 1887; il avait joui jusqu'alors d'une bonne santé et n'avait présenté rien de spécial, à part quelques éruptions herpétiques sur la face.

Il y a un an, sa grand'mère s'aperçut qu'il portait à la cuisse une tumeur large comme une pièce de 5 francs, tumeur ne déterminant aucune gêne; l'enfant, à ce moment, marchait et courait comme les écoliers de son âge ; depuis lors il a continué ses jeux.

A la région postéro-interne, et un peu au-dessous de la partie moyenne de la cuisse, nous trouvions une tumeur volumineuse, grosse comme le poing environ, s'insinuant entre les muscles, bridée en avant par le droit interne, s'avançant en dehors jusqu'au corps charnu du biceps, et faisant entre ces muscles, qu'elle écarte ou qu'elle étale à sa surface, une saillie superficielle assez régulièrement hémisphérique; la peau présente ses qualités normales de coloration et de mobilité.

La tumeur est elle-même mobile sur les parties profondes; mais lorsqu'on fait contracter les muscles postérieurs de la cuisse elle est absolument immobilisée; on ne peut lui imprimer aucun mouvement dans le sens vertical, ni dans le sens transversal, tant que dure la contraction.

A l'état de repos des muscles, la tumeur est uniformément dure; toutefois, il semble qu'on perçoive un certain degré de rénitence dans sa partie la plus superficielle. Pas de ganglions, ni dans l'aine, ni dans le creux poplité. En présence de ces symptômes et me fondant surtout sur la marche rapide de la tumeur, je pensai à un sarcome fibro-plastique, tout en faisant des réserves pour le kyste hydatique.

Je passe rapidement sur les détails de l'opération. Nous fûmes bientôt fixés sur la nature de la tumeur par la coloration gris blanchâtre de sa surface et son aspect lisse et régulier. Tous les muscles lui adhéraient d'une manière intime; aussi, procédant à la fois par dissection et par énucléation, je dus laisser quelques fibres musculaires à la surface de la tumeur. A la partie supérieure et externe, la tumeur présentait un pédicule fibreux, adhérant à l'aponévrose du muscle grand adducteur, lequel affectait, d'ailleurs, avec la tumeur, les rapports les plus étendus. Je crois que ce muscle avait été le point de départ du kyste; ce pédicule sectionné, nous eûmes en totalité la tumeur que je vous présente.

Je relèverai simplement deux particularités dans ce fait qui a présenté pour nous un réel intérêt. Tout d'abord, c'est un cas rare. En second lieu, il vient démontrer une fois de plus l'importance en clinique d'un signe qui me semble avoir été légué par Denonvilliers à ses élèves, et qui, pour être aujourd'hui classique, n'est que trop souvent oublié ; c'est le suivant :

Une tumeur qui siège dans les muscles, régulière, à évolution plus ou moins lente, dure, est presque toujours un kyste hydatique.

Discussion.

M. Després. La formule de Denonvilliers, que vient de rappeler M. Lannelongue, est en général vraie. J'ai pu cependant tout récemment constater qu'elle peut être en défaut. J'étais appelé il y a deux mois auprès d'une dame qui portait à la face postérieure de la cuisse une tumeur parfaitement arrondie, très molle, fluctuante et évidemment contenue dans les muscles de la région. En raison de ce dernier caractère, je songeai à un kyste hydatique. Une ponction faite pour vérifier le diagnostic, ne donna que du sang. J'admis dès lors que je devais avoir affaire à une variété de sarcome. L'opération fût faite, la tumeur était molle, d'aspect gélatineux ; l'examen histologique a montré qu'elle avait la structure du myxome.

M. Lannelongue. Était-elle bien dans le muscle?

M. Després. A n'en pas douter. Elle était dans l'épaisseur du biceps. En prenant en main le corps charnu de ce muscle, on entraînait la tumeur avec lui.

M. Trélat. Le précepte de Denonvilliers est bon, j'en ai souvent vérifié l'exactitude. Je le complète cependant et je dis : Quand on est en présence d'une tumeur des muscles de caractère incertain, lorsque cette tumeur est *dure* et *ronde*, il faut penser à un kyste hydatique. J'insiste sur le renseignement fourni par la *dureté* de la tumeur ; le kyste hydatique, ordinairement surdistendu par le liquide contenu, n'est pas fluctuant, il est dur comme une tumeur solide.

2° *Varices des nerfs,*

Par M. Quénu.

Je présente à la Société de chirurgie des nerfs sciatiques enlevés à l'École pratique à des sujets variqueux quelconques.

Mon but est de démontrer l'existence et la fréquence chez ces sujets de la dilatation variqueuse des veines des nerfs, fait que j'ai le premier énoncé en 1882 (*Revue de chirurgie*). A l'état frais, on voyait à la surface de ces nerfs saillir des veines serpentines, et même ampullaires; j'ai plongé (dans un but de conservation) les pièces dans la glycérine, et l'apparence actuelle due au ratatinement ne peut donner qu'une faible idée de la disposition primitive; néanmoins il est possible de voir par transparence que les veines du nerf ont plus que triplé de volume. Je présente par comparaison un sciatique sain.

Cette altération variqueuse, je l'ai constatée non seulement sur le grand nerf sciatique, mais sur les sciatiques poplités externe et interne et sur le nerf tibial postérieur, où les veines ont même une disposition spéciale : les branches veineuses, issues du nerf et aboutissant aux veines tibiales postérieures, envoient à la surface du tronc nerveux une branche ascendante et une branche descendante, de façon à constituer une sorte de grand courant collatéral veineux. A un plus faible degré, les nerfs saphène et crural présentent une disposition variqueuse analogue.

J'ai examiné par comparaison les nerfs des membres supérieurs chez les mêmes sujets : les veines ne présentaient aucune particularité. Enfin, détail intéressant, il m'est arrivé de constater, sur plusieurs cadavres, l'absence de varices superficielles et l'existence de varices profondes développées : or, les veines des nerfs profonds étaient également atteintes et variqueuses.

En résumé, les variqueux ont des varices des nerfs, comme ils ont des varices des muscles et de la peau.

J'ai pu faire constater le fait sur les cadavres frais, aux examens de l'École, à plusieurs anatomistes, et en particulier à M. le professeur Panas et à M. Polaillon, le président de notre Société.

Je me réserve, dans un travail clinique, que j'espère lire à la prochaine séance, de tirer de ces faits anatomo-pathologiques les conséquences qu'ils comportent.

Lecture.

M. Brun lit une observation intitulée : *Pyélonéphrite suppurée par oblitération calculeuse probable de l'uretère; néphrotomie; fistule urinaire persistante; néphrotomie secondaire; guérison* (M. Périer, rapporteur).

Déclaration de vacance.

M. le Président déclare vacante une place de membre titulaire de la Société de chirurgie.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
Ch. Monod.

Séance du 8 février 1888.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Journal et bulletin de la Société de la Nouvelle-Galles*, tome XX. — Envoi de M. le ministre de l'instruction publique ;

3° *Traitement de l'anthrax sans incision*, par le Dr Daniel Mollière (de Lyon) ;

4° *Estudios clinicos de cirurgia infantil; affeciones corbuncales; de la Rabia*, par le Dr Ribera y Sans (de Madrid);

5° *L'Avenir de l'art dentaire en France*, par E. Lecaudey ;

6° *Bulletin de la Société des médecins et naturalistes de Jassy*, 1re année, n° 6;

7° M. Pozzi s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

8° Lettre de candidature de M. Routier à la place de membre titulaire.

A propos du procès-verbal.

1° *Ovariotomie pendant la grossesse.*

M. Monod communique l'observation de la malade opérée d'ovariotomie au cours d'une grossesse dont il a parlé dans la

dernière séance. Il fait remarquer que cette femme, qui parvint heureusement à son terme, n'était, au moment de l'opération, enceinte que de trois mois. Ce point est important. Il ressort, en effet, des statistiques publiées à ce sujet, et particulièrement de celle de Heiberg, reproduite dans la thèse de Rémy, que l'ovariotomie pratiquée dans les quatre ou cinq premiers mois de la grossesse est, soit pour la mère, soit pour l'enfant, sensiblement moins grave que celle pratiquée dans les derniers mois [1].

Kyste de l'ovaire. — Grossesse de trois mois. — Ovariotomie. — Accouchement à terme. — Observation recueillie par M. Valat, interne des hôpitaux.

Célestine B..., âgée de 29 ans, cuisinière.

Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans. Règles régulières non douloureuses. Mariée à 21 ans. A eu trois enfants; deux sont bien portants, le troisième est mort à l'âge d'un mois. Le dernier accouchement remonte à cinq ans.

La malade entre à la Salpêtrière pour une tumeur abdominale, apparue il y a trois ans. A cette époque, la tumeur, grosse comme un œuf, était située au-dessus de la symphyse pubienne. Depuis, elle a augmenté progressivement de volume sans jamais provoquer de douleur.

État actuel. — Le ventre est irrégulièrement développé; il est bilobé. Sur la ligne médiane existe une gouttière longitudinale que limitent deux proéminences arrondies et volumineuses. La saillie située à gauche de la ligne médiane est la moins considérable.

[1] Rémy, Statistique de Heiberg (*Thèse Agrég.* Paris, 1886, p. 153).
Dans les cinq premiers mois de la grossesse (29 ovariotomies) :

3 mères mortes............	10.4 0/0 de mortalité.
14 enfants morts...........	39.9 —

De cinq à neuf mois de grossesse (16 ovariotomies) :

4 mères mortes............	25.» 0/0 de mortalité.
10 enfants morts............	66.6 —

Dans la statistique de Rémy (qui comprend les cas de Heiberg) l'écart est moins considérable.

Dans les quatre premiers mois :

Mortalité pour mères....................	11.3 0/0
— enfants..................	42.8

Dans les quatre derniers mois :

Mortalité pour mères.....................	15.7 0/0
— enfants....................	52.5

La paroi abdominale, peu épaisse, ne présente aucune lésion. Cicatrice ombilicale normale.

A la palpation : la tumeur située à gauche est du volume des deux poings; elle est lisse, arrondie, très tendue et mobile. Dans le sens vertical, on peut lui faire subir un déplacement de 10 centimètres ; dans le sens transversal, la mobilité est moindre.

En arrière et à droite de la tumeur précédente, on en trouve une deuxième arrondie, à surface lisse, un peu plus volumineuse que la précédente. Sa tension est moindre et sa fluctuation est manifeste.

Située sur un plan postérieur à celui de la première, elle est moins mobile et se présente en bas dans l'excavation pelvienne.

A la percussion : matité absolue dans l'étendue des deux tumeurs.

Mensuration : circonférence ombilicale, 85 centimètres.

Le toucher vaginal fournit les renseignements suivants :

Le col de l'utérus est légèrement augmenté de volume. Sa consistance est difficile à apprécier, car il est remonté et situé à droite de la ligne médiane. En combinant le palper et le toucher, on arrive à sentir dans le cul-de-sac vaginal droit la partie inférieure de la plus grosse tumeur.

Les troubles fonctionnels sont peu marqués : les douleurs font défaut; à peine quelques légers tiraillements dans la région lombaire. Depuis trois mois, les règles sont supprimées. C'est la première fois qu'elles sont arrêtées depuis l'apparition de la tumeur.

Pas de troubles de la miction ni de la défécation. Urines : ni sucre ni albumine.

État général excellent. Cette femme, de haute taille, est très robuste, et sa santé s'est peu ressentie du développement du kyste.

Opération le 15 mars par M. Monod avec l'aide des Drs Terrillon et Schwartz. — Chloroformisation par M. Valat. Incision abdominale de 8 centimètres. Après avoir écarté le grand épiploon, qui était au-devant des deux kystes, M. Monod ponctionne le plus volumineux et retire un litre et demi de liquide brun.

La deuxième poche, celle qui donnait la sensation d'une tumeur solide, est ponctionnée : issue d'un litre environ de liquide jaune, épais, filant.

Les deux poches, ne présentant pas d'adhérences, sont facilement attirées au dehors; elles ne sont pas complètement indépendantes l'une de l'autre, comme on aurait pu le penser avant l'opération.

Le pédicule est long, grêle, et a subi un commencement de torsion : un demi-tour. Il est lié avec deux gros fils de soie disposés en chaîne.

L'ovaire gauche est sain.

L'utérus est gros et présente le volume d'un utérus gravide de trois mois environ.

La paroi abdominale est suturée avec cinq fils d'argent. Durée de l'opération : vingt minutes.

Les suites de l'opération furent des plus bénignes : absence de fièvre. Le 8e jour, les fils d'argent furent enlevés. Pas d'abcès de la paroi abdominale.

Le 12e jour, la malade fut assise dans un fauteuil.
Le 8 avril, elle quitta l'hôpital, parfaitement guérie.

La malade retourna dans son pays. Elle nous fit savoir ultérieurement qu'elle était heureusement accouchée, le 3 octobre 1887, d'une petite fille née à terme et bien portante.

2° Diagnostic des tumeurs hydatiques des muscles.

M. Lannelongue. Je tiens à faire remarquer, à propos du précepte de Denonvilliers, relatif au diagnostic des kystes hydatiques des muscles, dont j'ai parlé dans la dernière séance, que cet auteur entendait bien que la tumeur était parfois d'une extrême dureté. La modification apportée par M. Trélat à la formule de Denonvilliers était donc bien dans l'esprit de ce chirurgien, s'il ne l'a pas explicitement exprimée. Chacun sait, en effet, que le kyste hydatique intramusculaire, en raison de l'extrême tension du liquide contenu, donne habituellement l'impression d'une tumeur dure.

M. Reclus. Je voudrais, au contraire, attirer l'attention sur ce fait, que les kystes hydatiques des muscles peuvent être absolument fluctuants.

Il m'est du moins arrivé d'observer dans trois cas une sensation de fluctuation des plus nettes.

Dans le premier, il s'agissait d'un homme de 26 ans, observé par moi dans le service du professeur Richet, à l'Hôtel-Dieu, qui, à la suite d'un violent effort, et d'une sensation de craquement perçue à la partie supérieure de la cuisse, vit apparaître une petite tuméfaction dans le triangle de Scarpa; le soir même, elle avait le volume d'une bille; au bout de quarante-huit heures, elle avait acquis les dimensions qu'elle possédait lorsque le malade se présenta à notre examen. Sa forme était bizarre. Située dans le triangle de Scarpa, paraissant tenir à la masse musculaire qui limite cette région en dehors, elle semblait constituée par deux cupules adossées, à la façon de deux cocons de ver à soie.

M. Guyon, qui vit le malade à propos d'un examen, crut à un abcès développé dans un ganglion, et, de fait, la tumeur occupait un siège qui est de prédilection pour les tumeurs ganglionnaires. Elle était nettement fluctuante; en déprimant la tumeur inférieure, on refoulait son contenu dans la supérieure. Mais, de plus, en exécutant cette manœuvre, on percevait une sensation de crépitation amidonnée et parcheminée, analogue à celle que fournit le frottement des feuillets d'une séreuse enflammée. Je n'attachai pas

à ce signe l'importance qu'il fallait, et acceptai le diagnostic de M. Guyon. L'opération nous montra notre erreur. L'incision de la tumeur donna issue à des échinocoques très abondants.

Dans mes deux autres cas, les tumeurs siégeaient dans le triceps brachial; toutes deux étaient très fluctuantes; toutes deux aussi donnaient à la pression la sensation de crépitation parcheminée dont je parlais tout à l'heure.

J'ai, depuis, retrouvé, dans les cliniques du professeur Gosselin, la relation d'un cas absolument semblable au premier de ceux que je viens de vous rapporter; même siège d'une part, triangle de Scarpa, et, de l'autre, même sensation perçue par le chirurgien, fluctuation et crépitation amidonnée.

J'ai observé encore un autre cas de kyste hydatique où la sensation de fluctuation était tellement évidente que moi-même et quelques-uns de mes collègues, appelés à donner leur avis, crûmes à une collection purulente. La tumeur siégait dans l'aile du nez; nous pensions qu'il s'agissait d'un abcès d'origine dentaire. A l'incision, nous vîmes sortir de la tumeur une petite perle, qui était un cysticerque.

Je laisse cette observation de côté, et, me bornant à celles qui ont trait à des kystes hydatiques développés dans les muscles, je me résume en disant : par trois fois, j'ai eu occasion de voir une tumeur siégeant dans les muscles, qui n'était pas dure, qui était, au contraire, nettement fluctuante, qui donnait de plus à la pression une sensation de crépitation amidonnée, n'ayant rien de commun, quoi qu'en ait dit le professeur Gosselin, avec le frémissement hydatique.

M. Després. J'ai, depuis la dernière séance, consulté la thèse que j'ai autrefois soutenue sur les *tumeurs des muscles*[1]. J'y trouve l'analyse de l'excellent travail de M. Fernet[2], lu à la Société anatomique en 1865. Il repose sur l'analyse de quatorze observations, dans lesquelles le diagnostic véritable ne fut que très rarement porté. Cependant, la fluctuation a été constatée dans le plus grand nombre des cas; elle n'a été absente ou douteuse que lorsque le kyste était profond. A cet égard, je ferai remarquer que, tant que la tumeur est petite, contenue dans le muscle, elle est dure et ressemble à un fibrome; mais, lorsqu'elle franchit les limites du muscle, et se développe à l'aise dans le tissu cellulaire environnant, elle devient absolument fluctuante.

[1] Desprès, Des tumeurs des muscles (*Thèse agrég.* Paris, 1866, édition in-8°, p. 113).

[2] Fernet, Rapport sur une observation de M. Sanné (*Bull. de la Soc. anatom.*, 2e série, 1865, t. X, p. 217).

M. Lannelongue. Évidemment, les kystes hydatiques des muscles ne se présentent pas toujours sous le même aspect. Il est clair que, lorsque la tumeur n'est plus contenue dans l'épaisseur du muscle, comme vient de le supposer M. Desprès, elle peut et doit être habituellement fluctuante.

Mais il est deux circonstances dans lesquelles elle peut donner la sensation d'une tumeur dure : d'abord lorsqu'elle est enfouie dans la profondeur d'un muscle ; ensuite lorsqu'elle est pleine, très tendue, comme dans le cas que je vous ai présenté à la dernière séance.

M. Le Dentu. Un seul mot. Il y a vingt-deux ans, alors que j'étais interne du professeur Richet, j'ai observé un kyste hydatique siégeant manifestement dans l'épaisseur des muscles du dos ; la tumeur était nettement fluctuante.

Rapport

De l'action des eaux de Barèges dans la tuberculose osseuse, par M. Grimaud,

Par M. Paul Reclus.

Le Dr Grimaud, inspecteur des thermes, vous a envoyé un mémoire sur l'action des eaux de Barèges dans la tuberculose osseuse, et je viens vous rendre compte de ce travail dont vous m'avez confié l'analyse.

L'étude de M. Grimaud est basée sur six observations du plus haut intérêt : on y voit que des individus de 13, 17, 23, 25, 31 et 35 ans ont été traités pour des tuberculoses osseuses du tibia, du sternum, du fémur, du tarse et du métatarse ; les lésions étaient étendues, profondes. et se traduisaient par une série de symptômes, qui ne peuvent laisser de doute sur l'origine bacillaire du foyer morbide. Or, le résultat du traitement thermal, bains et boissons, a été superbe, puisque dans tous les cas il y a eu une amélioration immédiate, puis une guérison obtenue après un ou deux séjours d'un mois tout au plus.

Et il s'agit de guérison véritable et non de pose momentanée, d'arrêt passager dans les manifestations du mal, comme on en a observé si souvent au cours de la tuberculose ; quelques années après, il ne s'était pas encore produit de rechutes nouvelles. Nous ne saurions d'ailleurs mieux faire que de citer ici une des six observations de M. Grimaud, et nous prendrons la première venue :

Léon S..., âgé de 13 ans, est atteint d'ostéopériostite du tibia droit

dans presque toute sa longueur; l'enfance de ce garçon malade a été traversée par la plupart des accidents de nature lymphatique, blépharite, engorgements ganglionnaires et abcès du cou.

Les manifestations actuelles datent de 18 mois; l'os est d'un volume considérable, douloureux au toucher; il existe un empâtement sans fluctuation; le pied est légèrement œdématié. La souffrance est telle que la marche est impossible; la stase sanguine et les douleurs vives réclament la position horizontale du membre atteint. L'émaciation, la langueur de toutes les fonctions, sont en rapport avec la gravité de l'état

Saison de Barèges du 20 juin au 25 juillet 1885; après la première quinzaine, diminution notable du volume de la jambe; la sensation de pesanteur a disparu; au bout de quelques jours, une poussée légère; la crise thermale provoque bien un nouveau retour des douleurs et de la sensibilité, mais un repos de 5 jours conjure cet orage, et le traitement recommence et se poursuit sans incident notable.

Au moment du départ, le tibia, encore un peu plus volumineux que l'autre, empâté faiblement à la partie inférieure, n'est plus douloureux à la pression; le pied peut reposer à terre quelques minutes sans engourdissement; la santé générale est remontée d'une manière remarquable; enfin, au printemps de 1886, le médecin de l'enfant écrit que la guérison est complète.

Après avoir cité cinq exemples semblables « pris presque au hasard entre une infinité d'autres aussi concluants », le Dr Grimaud se demande comment une station thermale qui a « une influence résolutive et curative aussi efficace » est si peu conseillée par ses confrères, et pourquoi l'enseignement classique est à peu près muet sur l'action salutaire des eaux de Barèges dans les tuberculoses osseuses.

L'auteur attribue cet injuste oubli « à l'opinion presque universelle aujourd'hui, que la lésion tuberculeuse ne comporte pas un processus régressif et que sa localisation réclame l'extirpation de la partie envahie ». Cette affirmation de M. Grimaud nous paraît exagérée. N'oublie-t-il pas que Grancher, notre maître incontesté en tuberculose, fait entrer dans la définition du follicule sa double tendance à l'organisation et à la destruction? La tendance organisatrice peut l'emporter, le nodule devient fibreux et la guérison peut être obtenue. Est-ce que tous les cliniciens n'ont pas constaté et proclamé ces guérisons dans les cas d'adénites, d'épididymites, de glossites, d'arthrites et d'ostéites tuberculeuses ?

Mais si nous savons, si tous les chirurgiens savent qu'un foyer tuberculeux peut guérir sans intervention sanglante, nous savons aussi que cette guérison peut se faire attendre des mois et des années; que, d'ailleurs, elle est loin d'être certaine, et que, pendant notre expectation, l'organisme se débilite souvent; l'individu s'affai-

blit, se cachectise; on se décide alors à opérer, mais il est trop tard, ou bien les délabrements devenus nécessaires sont beaucoup plus grands qu'ils ne l'eussent été au début.

M. Grimaud oublie que ce point a été justement l'objet de discussions passionnées ici même et que l'abstention chirurgicale prolongée, l'hygiène, les médications diverses et la thérapeutique balnéaire ont eu de nombreux défenseurs. Mais on est arrivé vite à conclure qu'il n'était pas de question plus délicate, qu'une législation formelle et uniforme était impossible, qu'il faut faire de la casuistique, dirons-nous, et que toutes les tuberculoses ne sont pas justiciables du même traitement; il doit varier non seulement suivant les régions atteintes, mais aussi suivant les individus, et la balance clinique, entre les avantages et les inconvénients de l'intervention, est souvent fort délicate.

Tous aussi ont été d'accord pour reconnaître que l'opération qui détruit le foyer tuberculeux ne peut rien sur la diathèse, et que le traitement médical doit toujours *précéder* et *suivre* l'intervention. M. Grimaud nous montre « que, sur 60 malades venus depuis quelques années à Barèges à la suite d'ostéites opérées, 10 seulement n'avaient vu reparaître aucun accident, tandis que 30 avaient eu quelques récidives plus ou moins prononcées ». Notre confrère prêche donc des convertis lorsqu'il insiste sur l'importance du traitement général. Il n'est pas un de nous qui méconnaisse son absolue nécessité. N'envoyons-nous pas nos opérés à Salies, à Salins, sur les plages de la Méditerranée et de l'Océan? Ne feronsnous pas campagne pour l'extension et la création d'hôpitaux maritimes?

Mais si la critique de M. Grimaud nous semble fondée, c'est lorsqu'il nous reproche de trop ignorer les ressources des eaux de Barèges, dont l'efficacité, dans certaines formes de tuberculoses osseuses, nous semble incontestable. Seulement sommes-nous les premiers coupables, et ne devons-nous pas tout d'abord accuser les médecins de thermes, dont les publications sont vraiment trop rares; j'entends les publications sérieuses, réfléchies, discutées, menées avec méthode et critique. Ces reproches ne s'adressent pas à M. Grimaud, dont le travail, pour être court, n'en est pas moins excellent, et mes réserves, il me semble, ne peuvent qu'en rehausser le mérite. Aussi je vous propose d'adresser des remerciements à notre distingué confrère et de déposer son mémoire dans nos archives.

Discussion.

M. Lannelongue. Je crois devoir faire remarquer que nous devons être très prudents dans nos appréciations sur les travaux qui nous

viennent de telle ou telle station thermale. Trop souvent les auteurs de ces communications sont entraînés à priser trop haut la valeur de leurs eaux, et à les considérer comme souveraines pour tel ou tel cas déterminé. On ne saurait apporter trop de réserve dans la discussion et surtout dans l'adoption de vues ordinairement exclusives et pas suffisamment impartiales.

M. Reclus. C'est précisément parce que je partage sur ce point les idées de M. Lannelongue que je ne vous ai fait qu'un rapport sommaire sur un travail qui repose cependant sur l'étude de six observations personnelles et sur l'analyse de quarante cas suivis depuis quelques années à Barèges.

Je sais comme vous que, malheureusement, dans beaucoup de travaux provenant de confrères exerçant dans les stations thermales, il y a un côté industriel qui l'emporte sur le scientifique; mais tous ne méritent pas ce reproche. Si j'ai accepté de faire le rapport que je suis venu vous lire, c'est d'abord parce que je connais la parfaite honorabilité de l'auteur du travail que j'ai analysé; c'est ensuite que j'ai pu, personnellement, constater le bon effet des eaux de Barèges dans un cas grave de tuberculose osseuse, soigné en vain à Salies.

M. Després. Je m'associe absolument aux réserves exprimées par M. Lannelongue.

D'ailleurs n'avons-nous pas tous occasion d'observer chaque année un ou deux tuberculeux qui, tout en restant à Paris, arrivent exceptionnellement, il est vrai, mais arrivent cependant à un état beaucoup meilleur. Je puis, entre autres, vous citer l'exemple d'un malade qui entrait il y a 3 ans dans mon service, tuberculeux avéré, déjà cachectique, atteint de plus d'une tumeur blanche du genou qui commandait une amputation immédiate. Mais son état général était tellement grave que je ne crus pas pouvoir pratiquer l'opération. Je plaçai le membre dans un appareil inamovible et j'attendis. Or, aujourd'hui, son état s'est singulièrement amendé, et l'on ne songerait plus à lui proposer le sacrifice de son membre. Il ne faut donc pas que les médecins d'eaux viennent nous dire que, seuls, ils obtiennent de pareilles améliorations.

M. Reclus. Je demande si la Société de chirurgie a une législation quelconque, eu égard à la question soulevée par nos collègues. Pour ma part, je me borne à constater ce fait bien simple: un travail nous a été adressé par un confrère, vous avez renvoyé ce travail à une commission chargée de vous en faire un rapport. Il fallait bien que le rapporteur s'acquittât de la tâche que vous lui aviez imposée.

Si la Société désire qu'à l'avenir il en soit autrement, il faut qu'elle dise que, désormais, les travaux qui lui seront adressés par des médecins exerçant dans les stations thermales ne seront pas l'objet d'un rapport.

J'ajoute que j'ai mis à dessein, dans mon travail, une certaine réserve dont je vous ai dit les motifs. — Je suis donc d'accord avec vous, et je ne comprends pas bien l'émotion que mes paroles paraissent avoir soulevée.

Communication.

De la névrite sciatique chez les variqueux,

Par M. Quénu.

Il est écrit depuis longtemps que des varices un peu développées finissent généralement par déterminer des phénomènes douloureux, quelquefois assez intenses, calmés la plupart du temps par le repos et la situation horizontale. Or, d'autre part, on sait que M. Verneuil a eu le mérite de prouver et la fréquence des varices profondes et la précocité de leur apparition, qui précède toujours celle des varices superficielles. Cet auteur a insisté sur les phénomènes subjectifs de ces varices profondes. Sa description symptomatique a été reproduite par tous ceux qui ont eu à écrire sur le sujet. Sensation d'engourdissement et de lourdeur dans tout le membre inférieur, crampes dans le mollet, tension continue et gravative se calmant par le repos, augmentant par la marche et mieux encore par la station debout ; voilà ce qu'accusent la plupart des malades porteurs de varices profondes. Je ne m'arrêterai pas à l'interprétation qui en a été donnée par M. Verneuil, je me réserve d'y revenir dans un instant ; je veux seulement, en ce moment, attirer l'attention de la Société de chirurgie sur la possibilité de l'extension de ces douleurs à toute la cuisse, et sur leur localisation au trajet des nerfs sciatiques. Je crois pouvoir démontrer, en un mot, qu'il existe chez certains variqueux une véritable sciatique, que cette sciatique n'est pas une pure coïncidence, mais qu'elle est liée à l'évolution des varices, et qu'elle a des caractères cliniques qui doivent la faire ranger dans le cadre des névrites sciatiques, décrites par Lasègue et plus récemment par Landouzy.

Depuis le moment où j'avais fait paraître le résultat de mes recherches anatomiques sur l'état des nerfs dans les ulcères vari-

queux et dans les varices, mon attention avait été attirée du côté des phénomènes douloureux accusés par les variqueux, et j'avais été frappé d'entendre un certain nombre de malades se plaindre de douleurs, non seulement dans le mollet et dans les chevilles, mais dans la cuisse et dans la fesse. Au début, j'attachais peu d'importance à ce que je considérais comme une pure coïncidence : les variqueux étant des arthritiques, n'était-il pas rationnel d'admettre que leur constitution leur donnait en même temps le droit à la sciatique ? Néanmoins la répétition de ces observations, dans un laps de temps relativement court, ne tarda pas à me convaincre qu'il y avait un lien plus étroit entre les deux affections, et je résolus d'examiner à ce point de vue spécial, tant au dispensaire Pereire auquel je suis attaché, qu'à la consultation des bandages du bureau central, tous les malades porteurs anciens de varices des membres inférieurs.

Je dois ajouter que la coexistence des varices et de la sciatique n'avait pas échappé à l'observation des médecins, et que dans les traités de pathologie interne on trouve mentionnées les varices au nombre des causes de la sciatique, à côté des hypertrophies ganglionnaires, des anévrismes et des hernies, c'est-à-dire à côté des causes de compression des troncs nerveux ; c'est là, du reste, une interprétation étiologique que je considère comme entièrement défectueuse.

Je tiens de M. le Dr Guyot, médecin de Beaujon, que l'existence de la sciatique chez les variqueux n'avait pas échappé à la sagacité de Gendrin. M. Guyot a entendu M. Gendrin dire dans ses leçons que *probablement* les douleurs étaient dues à l'existence de veines variqueuses dans l'épaisseur des nerfs. M. Guyot a maintes fois lui-même observé la coexistence de la sciatique et des varices.

Parmi les malades que j'ai observés, les uns sont venus me consulter pour des douleurs de sciatique, ne me parlant nullement de leurs varices ; les autres étaient des clients du bureau central, venant y chercher leur bandage, variqueux de 15 et 25 ans, gens endurcis par les privations et peu disposés à accuser des souffrances imaginaires. Mes recherches ont porté sur 67 malades atteints de varices anciennes. Je dois établir deux groupes cliniques.

Bon nombre de malades n'accusent pas de douleurs spontanées, il faut que l'exploration du médecin aille, par la recherche des points douloureux, déceler la sensibilité morbide du nerf sciatique. D'autres éprouvent des douleurs spontanées, et c'est chez eux naturellement que la pression provoque les douleurs les plus vives. Je commencerai par donner un tableau résumé de ces derniers cas.

Observation I. — Masset, 60 ans, est porteur de varices aux deux membres inférieurs depuis plus de vingt ans. Depuis une quinzaine d'années, il éprouve dans les mollets, dans la cuisse et dans la fesse du côté gauche des douleurs qu'il localise nettement au trajet du nerf sciatique ; ces douleurs reviennent toutes les cinq ou six semaines, et le font boiter. Ses jambes, alors, sont faibles, il ne peut plus rien porter, ni exercer son métier de commissionnaire.

La pression provoque des douleurs excessivement vives : à la partie moyenne du mollet sur la ligne médiane, dans tout le losange poplité, à la partie moyenne de la face postérieure de la cuisse, dans la gouttière ischio-trochantérienne, dans l'échancrure sciatique, derrière la tête du péroné.

Les douleurs sont calmées par l'application d'un bandage qui remonte jusqu'au pli de l'aine.

Obs. II. — Goutte, âgé de 50 ans, garçon d'hôtel, ne s'est aperçu de ses varices superficielles qu'il y a un an et demi. Il accuse des souffrances spontanées dans la cheville gauche, dans le creux du jarret et dans la partie postérieure de la cuisse; point poplité à gauche ; à droite, point trochantérien, point poplité, point péronier.

Le malade se plaint en outre d'une grande faiblesse dans les jambes, et ne descend qu'avec peine les escaliers quand ses douleurs le prennent.

Obs. III. — Mme Deschler, 25 ans, journalière, a des varices aux deux jambes depuis l'âge de 19 ans ; elle souffre beaucoup le matin, quand elle descend du lit, dans le cou-de-pied, dans le mollet, à la face postérieure de la cuisse et au creux du jarret.

Douleurs très vives à la pression. A droite : dans le mollet, dans le creux poplité, au point trochantérien. A gauche : douleurs extrêmement vives dans tout le losange poplité, à l'échancrure sciatique, derrière la tête du péroné.

Obs. IV. — Mme Lechat, âgée de 66 ans, porteuse de varices depuis l'âge de 22 ans. Elle accuse des douleurs dans le jarret et dans les chevilles, et de temps en temps dans la face postérieure de la cuisse ; les douleurs reviennent la nuit, la marche est difficile.

Une pression, même faible, dans le creux poplité arrache des cris à la malade.

Obs. V. — Mme Mathieu, 60 ans, ne s'est aperçue de ses varices qu'il y a deux ans, elle se plaint de douleurs dans la cheville, des deux côtés du genou gauche et à la partie postérieure de la cuisse.

A droite, pression douloureuse aux points poplité et fémoral ; à gauche, point poplité.

Obs. VI. — Marie Simonnet, blanchisseuse, âgée de 27 ans, éprouve depuis deux mois dans la jambe gauche et dans le jarret des douleurs pour lesquelles elle vient nous consulter ; tantôt il ne s'agit que

d'un simple engourdissement, tantôt ce sont des crampes et de véritables douleurs; la jambe malade est généralement plus froide et plus faible, les faux pas sont fréquents.

Point médian du mollet ; point poplité; point saphène externe ; point péronier ; point ischio-trochantérien ; à droite, douleur à la pression dans le creux poplité ; pas de douleurs spontanées.

Obs. VII (dispensaire P...). — Pierre Carlin, âgé de 65 ans, se plaint de douleurs dans la fesse, dans les reins et dans les cuisses. Il est porteur, depuis longtemps, de varices aux membres inférieurs. Ses douleurs datent de trois semaines.

La pression les réveille à l'échancrure sciatique et le long de la cuisse.

Obs. VIII (dispensaire). — Mme Charles, âgée de 48 ans, a eu huit grossesses, la dernière il y a neuf ans. Ses varices datent de la première grossesse. Depuis deux mois et demi, cette femme souffre du côté droit, sur les parties latérales de la rotule et sur le trajet du sciatique depuis le haut du mollet jusqu'à la grande échancrure.

Point péronier, point poplité, point fémoral, point trochantérien; le genou droit est le siège d'un peu d'épanchement.

Obs. IX (dispensaire). — Paisant, âgé de 58 ans, a été pris, il y a cinq mois, de fourmillements et de douleurs dans les pieds et dans les jambes. Déjà, depuis deux ou trois ans, il éprouvait de la lassitude dans les deux membres inférieurs quand il restait longtemps debout ; actuellement il souffre surtout à la fesse gauche et sur le trajet du sciatique fémoral ; à la pression, points douloureux trochantérien, poplité et péronier.

Le malade accuse de la faiblesse dans la jambe gauche. La sensibilité est conservée, l'adiposité du sujet permet difficilement de juger s'il existe de l'atrophie du membre malade.

Varices des deux membres inférieurs avec varicosités développées à la cuisse et à la fesse.

Obs. X (obs. du Dr D...). — M. X..., âgé de 41 ans, sculpteur, a été pris, à l'âge de 20 ans environ, de douleurs sciatiques dans la cuisse et la fesse droites. Ces douleurs durèrent deux mois sans répit et sans être calmées par le décubitus horizontal. En 1880, c'est-à-dire quatorze ans après, il a eu une seconde atteinte de sciatique qui, cette fois, a duré six mois; les caractères en étaient tout autres; les douleurs ne survenaient qu'à la suite d'une longue station debout et de fatigues; elles se calmaient par le repos horizontal.

Ces mêmes douleurs le reprirent il y a quinze mois, et se localisèrent surtout dans la fesse et dans le haut de la cuisse droite. Ces douleurs ont ceci de spécial qu'elles éclatent le matin, dès que le malade met le pied par terre, augmentant d'intensité au fur et à mesure qu'il se fatigue, alors surtout qu'il reste longtemps debout (ce à quoi l'oblige sa profession). La nuit, les douleurs cessent. Dans

la journée, elles s'amendent dès que M. X... s'étend sur un canapé.

M. X... compare ses souffrances, parfois intolérables, à des crispations, à des crampes, etc., mais jamais elles ne prennent le caractère fulgurant; aucune irradiation, ce sont des douleurs fixes.

Aucune sensation de froid, pas de sensibilité vive dans le mollet, toutefois le malade y ressent comme une sorte de titillation causée par des contractions fibrillaires qui se produisent, comme si, suivant son expression, on tirait de petites ficelles de place en place.

Douleur à la pression à l'émergence du saphène externe; point poplité, point fémoral, point trochantérien, point à la grande échancrure, pas de rigidité.

Le malade porte aux deux membres inférieurs des varices très développées qui remontent au-dessus des genoux; il ne précise guère la date de leur apparition.

Depuis quinze mois, M. X... a suivi beaucoup de traitements sans être très soulagé; il a essayé successivement les bains de vapeur, l'électricité, les ventouses scarifiées, les vésicatoires, etc.; à l'intérieur : le bromure, l'antipyrine jusqu'à 6 grammes par jour, etc. Il y a quinze jours, il consulta le Dr D..., qui conseilla l'usage d'un bas élastique avec cuissard remontant jusqu'au pli de l'aine. Dès le troisième ou quatrième jour, les douleurs diminuèrent progressivement; elles sont devenues très tolérables aujourd'hui, et le malade, qui marchait courbé et plié, se tient droit.

Obs. XI. — M. M..., âgé de 53 ans, vient consulter à Beaujon, le 8 février , pour une douleur du mollet gauche, qui a débuté brusquement à l'occasion d'un mouvement, il y a cinq jours; il a éprouvé comme un coup de fouet.

Actuellement, ecchymose à la face postérieure de la jambe; je constate de plus que M. X... est porteur de varices qui remontent jusqu'à la cuisse et dont M. X... ne se doutait pas.

Or, il y a deux ans, M. X... a été soigné par son médecin pour une sciatique gauche. Le repos a triomphé de cette névralgie au bout d'un mois. Le mois dernier, cette sciatique a reparu. Le malade éprouvait des douleurs, surtout dans la fesse et dans la cuisse; le repos au lit le soulageait, sans faire disparaître complètement les souffrances. M. X... a remarqué en outre que cette jambe est plus faible que l'autre et qu'elle se fatigue très vite.

La pression est douloureuse au mollet, sur la ligne médiane, dans le creux poplité, à la cuisse et à la fesse, sur le trajet du nerf sciatique. Je conseille de porter un bas élastique remontant jusqu'au pli de l'aine.

Voilà donc onze exemples de sciatique observés chez des sujets atteints de varices, et, si je fais abstraction de six malades qui sont venus primitivement me consulter, non pour leurs varices, mais pour leurs névralgies, je trouve une proportion de cinq sciatiques sur 61 variqueux vus au Bureau central.

Dans les dix observations que nous présentons, l'affection s'est caractérisée par des douleurs spontanées et par des douleurs à la pression sur le trajet du nerf.

Ces douleurs n'ont pas été, en général, d'une intensité extrême. Les malades interrogés ne nous ont jamais parlé d'élancements, de souffrances aiguës, de crises névralgiques, mais plutôt de sensations gravatives profondes, continues, persistant quelquefois la nuit, mais se présentant surtout après la marche, la fatigue, et de préférence encore après une longue station debout. Ces douleurs se sont compliquées, dans quelques cas, de crampes et d'une faiblesse musculaire bien remarquable.

Nous avons voulu rechercher l'atrophie des muscles, les différences d'épaisseurs des plis cutanés, etc., mais sans résultat utile, à cause du développement des varices et souvent de leur bilatéralité, s'opposant à toute espèce de comparaison.

La peau et les autres tissus étaient ce qu'on les observe dans les varices en général. Nous croyons néanmoins, quelque incomplètes que puissent être à cet égard nos observations, que le début lent des douleurs, leur continuité, leur peu de violence, la sensation prédominante d'engourdissement, sont autant de caractères qui permettent de rapporter à la névrite et non à la névralgie les troubles observés.

Une forme plus fréquente et plus insidieuse est celle qui nous est présentée par les variqueux qui ne se plaignent d'aucune douleur spontanée, mais chez qui la pression, en certains points du sciatique, révèle des modifications pathologiques du nerf. Nous avons observé cette forme de sciatique latente 31 fois sur 56 variqueux anciens. Le plus souvent (dans 20 cas), les points douloureux n'existaient qu'à la jambe et dans le creux poplité, surtout à l'angle inférieur du losange.

Dans 6 cas, la pression était douloureuse à la partie moyenne de la cuisse. Dans 5 cas, enfin, la sensibilité morbide remontait jusqu'à l'échancrure sciatique.

Tels sont les faits. Quelle interprétation est-il permis d'en donner? Leur exposé clinique, leur degré de fréquence, ne permettent pas un instant, il me semble, de s'arrêter à l'idée qu'aucune relation n'existe entre les phénomènes douloureux décrits et la présence des varices.

Le professeur Verneuil explique les sensations douloureuses qui marquent l'apparition des varices profondes par l'hypothèse d'une déviation ou d'une compression par les veines des filets nerveux qui les accompagnent : j'accepte l'explication pour les saphènes, et j'ai même donné la preuve anatomique, dans un

travail antérieur [1], de l'inflammation propagée directement de la veine au nerf; mais, chose bizarre, les phénomènes subjectifs sont surtout liés aux varices profondes. Or, si on invoque le voisinage des veines tibiale et péronière pour le nerf tibial postérieur, je répondrai qu'ayant disséqué un certain nombre de sujets variqueux, j'ai toujours constaté, en l'absence d'ulcères, l'indépendance complète des veines et du nerf, sauf peut-être parfois derrière la malléole interne; j'ai même pu suivre, dans l'épaisseur des muscles, des filets nerveux, et les séparer aisément des rameaux veineux variqueux qui les accompagnaient. Et puis, comment expliquer les douleurs sciatiques? Il n'y a pas, le long du nerf, de veine collatérale.

Je pense que la cause des douleurs nerveuses chez les variqueux ne doit pas être recherchée en dehors du nerf, mais dans le nerf lui-même, et qu'il faut l'attribuer aux mauvaises conditions de la circulation veineuse.

Je me permets de rappeler qu'en 1882 j'ai montré que, dans les cas d'ulcères variqueux, non seulement il existe de la névrite interstitielle des gros troncs, mais qu'il existe aussi des varices des nerfs. Depuis cette époque, j'ai multiplié mes observations et reconnu que ces dilatations veineuses n'existent pas seulement chez les sujets porteurs d'ulcères, mais chez la plupart des vieux variqueux; il en résulte que le nerf est ainsi atteint dans sa nutrition, en plein cœur, si j'ose dire. J'apporte à la Société de chirurgie deux pièces de nerfs sciatiques, pris au hasard à l'Ecole pratique sur des sujets porteurs de varices; l'un d'eux (fait très intéressant) n'avait même que des varices profondes. Or, on peut suivre, dans le sciatique, chez ces deux sujets, l'évolution de la dilatation variqueuse des veines, depuis la dilatation simple jusqu'à la dilatation serpentine et jusqu'à la formation des ampoules qui font saillie à la surface du nerf. Les rameaux veineux ont certainement plus que triplé de volume [2].

Ainsi, d'une part, la clinique nous offre des exemples de sciatique chez les variqueux; elle nous montre que, dans un grand nombre de cas, le nerf présente une sensibilité anormale à la pression.

D'autre part, la dissection des nerfs chez les sujets variqueux permet de constater (en dehors des altérations de structure dont

[1] Quénu, Étude sur la pathogénie des ulcères variqueux (*Revue de Chirurgie*, t. II, p. 877; 1882).

[2] Il serait intéressant d'avoir un peu plus de notions sur la distribution des vaisseaux, et des veines en particulier, aux troncs nerveux. C'est là un sujet de recherches anatomiques que M. Poirier et moi nous nous proposons d'entreprendre.

nous proposons de poursuivre l'étude) que les varices occupent l'épaisseur des nerfs comme les autres tissus, et qui dit varices dit phlébite.

Cette double observation clinique et anatomique nous autorise, il nous semble, à poser les conclusions suivantes :

1° Il peut survenir chez les variqueux une variété de sciatique que ses caractères cliniques rapprochent de la névrite sciatique décrite par Lasègue et Landouzy ;

2° Cette névrite sciatique est engendrée par les varices et semble s'étendre lentement de bas en haut, du nerf tibial postérieur au nerf poplité, puis au sciatique fémoral ;

3° Une simple gêne dans la circulation veineuse du nerf peut aboutir, à un moment donné, à une dilatation persistante de ses veines, capable elle-même d'engendrer une névrite interstitielle à marche ascendante ;

4° L'état du système nerveux périphérique domine toute l'histoire des troubles fonctionnels des varices, de même qu'il régit l'apparition des différentes lésions cutanées, depuis le simple érythème jusqu'à l'ulcère variqueux ;

5° En présence d'un malade atteint de sciatique, il faut toujours s'enquérir, même en l'absence de varices des saphènes, de l'état des veines profondes. Inversement, en présence de varices anciennes, il faut rechercher s'il existe à la pression des points douloureux sur le trajet du sciatique : si, en effet, dans le premier cas, il s'agit d'une sciatique d'origine variqueuse, il y a des chances pour que l'usage d'un bandage élastique remontant jusqu'au pli de l'aine soulage mieux le malade que tous les révulsifs et les moyens médicaux généralement employés.

Dans le second cas, si le sciatique est douloureux à la pression, n'existât-il pas de douleurs spontanées, il y a tout intérêt à prévenir l'aggravation et l'extension du processus inflammatoire ascendant, en faisant porter un bandage approprié.

Dans les deux cas, et d'une façon plus générale, il y a tout avantage à conseiller aux variqueux l'usage précoce de bandages élastiques remontant jusqu'au haut de la cuisse.

Discussion.

M. Berger. Je crois qu'il convient de faire quelques réserves sur l'un des points, au moins, de la communication de M. Quénu.

Quand on examine les variqueux au point de vue de la sensibilité on constate, en effet, l'existence de points douloureux, et cela surtout lorsque les malades sont debout, ou lorsqu'ils exécutent des mouvements étendus. Mais je me demande si ces douleurs sont

bien des douleurs *nerveuses*. Je croirais plutôt qu'il s'agit en ce cas d'une sensibilité spéciale des *muscles*. La douleur siège, en effet, ordinairement sur les corps charnus des gastrocnémiens, elle n'a pas le caractère de la névralgie sciatique vraie.

Elle ne dépendrait donc pas d'une lésion des *nerfs* du membre, mais devrait plutôt être rattachée à un état congestif des *muscles*.

Il en est de même, à mon avis, des impotences que l'on constate aussi quelquefois chez les variqueux. Je ne crois pas qu'elles soient attribuables à une diminution de l'influx nerveux résultant d'une lésion des nerfs, je les crois bien plutôt sous la dépendance directe des lésions du muscle, dont la circulation veineuse est troublée.

Je réserverais donc l'explication proposée par M. Quénu aux cas bien démontrés de douleur sciatique vraie concordant avec des varices profondes des membres, sans l'étendre à tous ceux où l'on constate chez un variqueux une sensibilité douloureuse.

Un mot sur le traitement dont nous a parlé M. Quénu, et en particulier sur les bas. Assurément, il est très utile de faire porter aux variqueux un bas élastique ou lacé qui vienne donner appui aux vaisseaux défaillants, mais je ne crois pas qu'il soit bon de faire remonter le bas jusqu'à l'aine; j'ai remarqué que presque toujours, au moins chez les malades de la classe ouvrière qui se soignent mal, la partie supérieure de ces longs bas s'enroule sur elle-même, et forme une corde, une bride qui gêne la circulation en retour. Le bas ainsi porté présente plus d'inconvénients que d'avantages.

M. Le Dentu. Les pièces que nous a montrées M. Quénu et la communication qu'il vient de nous faire sont très intéressantes. Mais il me semble qu'elles appellent certaines réflexions et certaines critiques.

Et d'abord, au sujet du fait anatomique qu'il a avancé, je rappellerai que j'ai eu, moi aussi, autrefois, occasion d'examiner de près et de disséquer des membres variqueux; or, bien que j'aie recherché avec soin les relations des veines dilatées avec les nerfs, je n'ai pas constaté les varices des nerfs observées et décrites par M. Quénu. Je ne conteste pas le fait, mais puisqu'il m'a si complètement échappé, sa fréquence ne doit pas être très grande.

Relativement aux douleurs, analogues aux douleurs de la sciatique, et à l'explication qu'en donne notre collègue, je fais aussi quelques réserves.

Je n'ai pour ma part que bien rarement observé des souffrances de ce genre chez les variqueux.

Dans un cas, cependant, elles existaient, mais sous une forme et avec une allure bien spéciales.

C'était chez un jeune homme atteint de varices précoces et très

étendues; des ulcères nombreux, arrondis, taillés à pic, se montraient aux deux jambes; et bientôt, sous nos yeux, se développa une phlébite variqueuse avec thromboses étendues. Cette complication avait été précédée de vives douleurs, siégeant dans le membre inférieur droit, en suivant le trajet du sciatique. Je crus tout d'abord avoir affaire à une sciatique simple concomitante, jusqu'au moment où apparurent des coagulations veineuses, indiquant l'existence de la phlébite.

Celle-ci s'étendit à tout le membre jusqu'à l'aine, gagna la veine iliaque, et de proche en proche les vaisseaux du membre opposé furent atteints; la phlébite passa de droite à gauche. Mais, chose curieuse, pour le côté gauche comme pour le côté droit, l'inflammation des veines et la coagulation du sang dans leur intérieur furent précédées de vives douleurs, absolument semblables à celles de la sciatique, avec les points douloureux, aux lieux d'élection, caractéristiques de cette forme de névralgie.

Depuis lors, j'ai assurément observé bien des cas de phlébite avec douleurs, mais jamais rien de semblable à cette double sciatique précédant une double phlébite.

Je ne m'explique pas bien ce fait. Y a-t-il eu action réflexe sur la partie inférieure de la moelle? ou névrite sciatique primitive? je ne sais. Je ne parviens pas, du reste, à mieux comprendre l'origine des douleurs observées par M. Quénu chez ses malades.

M. Terrier. Comme M. Quénu, j'ai vu bien souvent des varices siégeant dans l'intérieur des nerfs chez les variqueux.

Je rappelle que j'ai soutenu, et fait soutenir à certains de mes élèves, cette théorie que les ulcères variqueux pouvaient être considérés comme des troubles trophiques résultant de lésions nerveuses. Ces lésions des nerfs ont été établies par l'examen microscopique; elles paraissent dues à l'existence de varicosités qui les parcourent.

Que ces varices des nerfs soient, de plus, comme le veut M. Quénu, la cause des douleurs que l'on observe chez les variqueux, c'est là une idée qui me paraît parfaitement acceptable.

M. Desprès. Je ne viens pas contester les faits avancés par M. Quénu, ni l'explication qu'il en donne. Je crois, cependant, qu'il convient de faire un départ entre les sujets qui n'ont que des varices et ceux qui ont à la fois des varices et de l'arthrite sèche.

Les malades atteints de *morbus coxæ senilis*, par exemple, ont des douleurs qui simulent absolument la sciatique. L'arthrite sèche du genou donne aussi lieu à des douleurs siégeant dans le creux poplité, tout à fait semblables à celles que M. Quénu a observées chez ses variqueux.

M. Quénu. M. Berger a émis des doutes sur l'interprétation des douleurs que j'ai constatées chez mes malades. Il croit qu'il ne s'agit là que de douleurs musculaires. Il pourrait avoir raison, si je n'avais parlé que de souffrances réveillées par des pressions portant sur les muscles. Mais j'ai dit que j'avais trouvé des points douloureux, siégeant dans toute l'étendue du losange poplité, dans des lieux où il n'existe pas de muscles, mais bien des filets et des troncs nerveux.

Pour moi, d'ailleurs, la douleur réveillée par la pression des muscles pourrait elle-même être d'origine nerveuse. On comprend, en effet, que d'un nerf malade, siégeant dans le creux poplité, peuvent partir des irradiations douloureuses s'étendant jusque dans le mollet.

Pour ce qui est des remarques que M. Berger a présentées au sujet du traitement, je me contenterai de lui répondre que certaines difficultés d'application ne doivent pas faire rejeter un procédé thérapeutique, reconnu bon d'ailleurs. De ce que le bas remontant jusqu'à l'aine est difficile à porter, il ne faut pas conclure que l'on doit renoncer à son emploi. Je pourrais citer un fait, tout récemment observé par moi, où j'ai, par ce moyen seul, pu obtenir un réel soulagement.

A M. Le Dentu, je ferai remarquer que les faits négatifs ne peuvent jamais rien contre un fait positif et bien démontré. Or, le fait anatomique dont je vous ai entretenus n'est pas douteux. Vous avez vu mes pièces sèches. Les pièces fraîches sont plus démonstratives encore ; j'ai pu cette semaine, à l'Ecole pratique, en mettre de tout à fait probantes sous les yeux de mon ami M. Schwartz et de notre président, M. Polaillon. J'accorde à M. Le Dentu que l'explication du fait dont il nous a parlé est difficile. Peut-être, dans ce cas, pourrait-on admettre qu'il s'était fait une thrombose iliaque gênant la circulation dans l'épaisseur du nerf sciatique.

Je m'associe d'autant plus aisément aux idées soutenues par M. Terrier, que je les ai moi-même défendues dans mon mémoire de 1882.

M. Terrier a, en effet, le premier, montré quelle pouvait être l'origine des troubles trophiques observés chez les variqueux. A ce moment, un seul examen histologique, fait par M. Gombault, venait à l'appui des idées qu'il défendait, et encore n'était-il pas absolument démonstratif, les nerfs malades examinés ayant été recueillis au voisinage de l'ulcère. J'ai depuis pu montrer que la lésion, consistant en une véritable névrite interstitielle, pouvait aussi siéger à distance de l'ulcère.

Mais ce n'est pas ce côté de la question — que je considère comme absolument démontré — que j'ai voulu envisager aujour-

d'hui. Je ne me suis attaché qu'à un seul point, les phénomènes douloureux dans les varices et leur explication. J'espère avoir réussi à mettre suffisamment en lumière l'existence certaine de ces souffrances, et mis hors de doute la cause anatomique qui en rend compte.

Communication.

De l'existence d'une certaine variété d'abcès froids d'origine paludéenne,

Par M. le baron de Saboïa (de Rio-de-Janeiro), membre associé.

Je vous demande la permission d'occuper pendant quelques instants votre bienveillante attention sur une variété particulière d'abcès froids que j'ai été le premier à observer nombre de fois à Rio-de-Janeiro à la suite de fièvres paludéennes, et dont la pathogénie ne peut être confondue avec celle des autres abcès froids.

Vous savez tous, mieux que moi, combien la pathogénie des collections purulentes froides a été éclairée d'un nouveau jour par les belles recherches de M. le professeur Lannelongue, qui, en effet, a prouvé que les abcès froids, connus aussi sous le nom d'abcès ossifluents, caséiformes, par congestion, etc., étaient tous de nature tuberculeuse.

A mon arrivée à Paris, je causais, il y a trois mois, avec ce savant chirurgien, qui m'honore de son estime et d'une très cordiale amitié ; j'ai eu alors l'occasion de lui dire, tout en rendant hommage à la valeur de ses remarquables travaux, que depuis 1875 j'avais été à même d'observer des abcès froids survenus à la suite de la fièvre paludéenne grave, dans la période de pleine convalescence, et quand le malade conserve seulement le teint ou l'impression de la grave maladie dont il a souffert.

Dans le premier cas qu'il m'a été donné de voir, il s'agissait d'une femme âgée de 24 ans, atteinte de fièvre paludéenne intermittente qui s'était prolongée pendant deux mois; quelque temps après la guérison de ces accès, elle commença à sentir le long du bord interne du bras droit une grosseur pour laquelle elle me fit appeler.

Je l'examinai et je trouvai dans cette région un abcès du volume d'une mandarine, et deux autres, l'un au-dessous de la clavicule, et l'autre à l'angle inférieur de l'omoplate. Ces abcès avaient tous les caractères des abcès froids, car ils n'offraient aucun des signes d'un état phlegmoneux, ni rougeur, ni chaleur,

ni douleur; ils ne pouvaient non plus être considérés comme des abcès critiques qui surviennent après certaines fièvres graves, comme la fièvre jaune, la scarlatine, la rougeole, etc., parce qu'ils n'étaient pas accompagnés de réaction inflammatoire. J'ai ouvert ces trois abcès, qui laissèrent échapper du pus jaune, épais et de bonne nature; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'en revenant le lendemain voir la malade elle se plaignit de l'apparition d'autres grosseurs au bras gauche; et en effet, j'y trouvai deux grands abcès, l'un à l'avant-bras, dans la partie antéro-interne, au-dessous du pli du coude, et le second à la partie supéro-externe du bras. Le fait attira mon attention, et ayant exploré attentivement tout le corps de la malade, je ne pus découvrir que ces deux nouveaux abcès, qui, comme les autres, furent ouverts. Cependant, le surlendemain, trois autres abcès avaient apparu, l'un au-dessous de la clavicule gauche, l'autre à l'angle inférieur de l'omoplate, et le troisième à la région lombaire; ce fait se renouvela les jours suivants, et dans l'espace de trente-six à quarante-huit heures il se formait de nouvelles collections purulentes, quelques-unes grosses comme le poing, sans déterminer la moindre réaction, sans être accompagnées de rougeur, ni de chaleur, ni de douleur, la malade ne sentant dans la zone où se formait l'abcès rien d'autre qu'une légère pression, sans la moindre réaction fébrile.

En résumé, cette malade a été atteinte de 28 abcès qui tous ont été ouverts au bistouri, et grâce à cette méthode de traitement chirurgical, aidé par l'emploi des préparations toniques, pilules de fer et de quinquina, eau anglaise, etc., la malade a guéri.

J'ai observé depuis trois autres cas. J'ai eu de plus, en 1885, dans mon service, à l'hôpital de la Miséricorde de Rio-de-Janeiro, affecté à la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine, un cas du même genre, pour lequel, dans l'espace de huit à dix jours, j'ai ouvert plus de 18 abcès qui se formaient successivement dans les vingt-quatre à trente-six heures; le malade m'avait été envoyé d'un service de médecine où il était entré pour une fièvre paludéenne grave.

L'observation détaillée de tous ces malades a été présentée à l'Académie de médecine de Rio-Janeiro et publiée dans les Annales de médecine brésiliennes de 1885. A ce sujet, je dois vous dire, Messieurs, que j'ai fait ma communication à notre Académie de médecine, où siègent plusieurs praticiens distingués; aucun d'eux n'avait eu jusqu'alors, comme ils l'ont déclaré, l'occasion d'observer des cas analogues, et comme, de ma part, je ne pouvais expliquer la pathogénie de ces abcès par la tuberculose, je croyais qu'ils dépendaient d'une métamorphose regressive des vaisseaux capillaires, métamorphose liée d'autre part à la mélanémie ou à des

dépôts pigmentaires à la face interne des capillaires, consécutifs à l'intoxication paludéenne. Quoi qu'il en soit, j'ai chargé un de mes assistants à la clinique de recueillir séparément le pus et le sang d'un de ces abcès et de faire un examen bactériologique complet dans le laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie de la Faculté, avec le concours du chef de ce laboratoire, M. Marcondès.

Après des recherches très soigneusement faites, mon assistant de clinique a fini par trouver des germes qui ont pu être cultivés, et ces cultures permirent d'obtenir des colonies microbiennes avec tous les caractères du microbe de la malaria.

Voilà, Messieurs, une variété d'abcès froids, — se développant consécutivement à l'intoxication paludéenne, dont la genèse, sous le rapport de l'évolution, est tout à fait différente de celle des abcès d'origine tuberculeuse, mais qui, sous le rapport des caractères cliniques, leur sont tout à fait semblables, dépendant comme ces derniers d'un organisme vivant ou d'un microbe, et qu'on pourrait, par son origine, désigner sous le nom d'abcès froids microbigènes, d'autant plus qu'il y a deux jours que mon savant maître et ami le professeur Verneuil, auquel je causais de ce genre d'abcès froid, m'a montré à sa clinique de la Pitié un malade qui, après avoir guéri d'une fièvre typhoïde, a eu à l'aine droite un abcès où on a rencontré et cultivé une colonie de bacilles producteurs de cette fièvre.

Ce qu'il y a de remarquable dans ces abcès, c'est qu'ils se forment sans aucun signe inflammatoire, avec une rapidité extraordinaire, pour se montrer du jour au lendemain au nombre de deux, trois ou plus, avec un volume variable, depuis celui d'un œuf de poule, d'une mandarine, jusqu'à un volume considérable, si on les abandonne à leur évolution pendant trente-six ou quarante-huit heures sans les ouvrir.

Ces abcès ont toujours été sous-cutanés, et quelques-uns, par exception, sous-aponévrotiques, suivant presque tous la direction des gros réseaux lymphatiques. Je n'ai jamais remarqué aucun phénomène du côté des poumons, du foie et des reins, ni fluxion séreuse ou purulente dans les articulations, comme il arrive dans la pyémie, accident qui est arrivé dans un des cas que j'ai observés, parce que le pansement des plaies n'avait pas été fait avec toutes les règles antiseptiques, qui, dans ces sortes d'abcès, doivent être très rigoureuses, sous peine d'avoir tous les résultats fâcheux de la septicémie ou de la pyémie.

Discussion.

M. Lannelongue. La température des malades a-t-elle été prise?

M. Saboïa. Oui, il n'y avait pas de fièvre.

M. Lannelongue. La très intéressante communication de M. Saboïa explique et légitime la qualification que j'ai donnée aux abcès généralement connus sous le nom d'abcès *froids*, celle d'abcès *tuberculeux*.

J'ai même été plus loin, et j'ai proposé, pour ces collections, le nom de *tuberculome,* voulant exprimer par là qu'il s'agissait d'une véritable tumeur tuberculeuse, d'un processus spécial, aboutissant à la formation d'une collection liquide.

Les recherches de M. Saboïa, la cause à laquelle il a cru pouvoir rattacher les abcès qu'il a observés, établissent qu'il y a en dehors de la tuberculose d'autres variétés de collections purulentes, d'origines diverses. Il est probable que l'on ne s'arrêtera pas dans cette voie, et que de nouvelles formes seront encore découvertes.

M. Chauvel. Je demanderai à M. Saboïa quel est exactement le microbe dont il a reconnu la présence dans ces abcès et qu'il a cru pouvoir considérer comme le microbe de la fièvre intermittente.

Je rappellerai que le microbe du paludisme est encore en discussion. On connaît les recherches de M. Laveran, dont les conclusions n'ont pas été acceptées partout.

J'ajoute qu'en tout état de cause les faits du Dr Saboïa doivent être considérés comme étant des plus rares. Pour ma part, malgré une observation déjà longue, je n'ai jamais rien vu de pareil.

M. Saboïa. Je ne suis pas suffisamment versé dans les études de bactériologie pour donner à M. Chauvel les renseignements qu'il demande sur la nature exacte du microbe dont j'ai parlé. J'ai dû m'en rapporter, sur ce point, à l'expérience de mon assistant.

Ce que je puis dire, c'est que ce microbe a été trouvé dans le pus, mais non dans le sang; c'est, ensuite, qu'il est absolument semblable au microbe de la maladie, décrit par les médecins italiens, Marchiafava et Celli. J'enverrai, du reste, à la Société des dessins qui suppléeront à ce que ma communication peut avoir d'incomplet à cet égard.

Quant au second point, soulevé par M. Chauvel, oui, certainement, je dirai avec lui que les faits de ce genre sont excessivement rares. Cela n'est pas douteux, puisque je n'en ai rencontré que trois cas dans une pratique qui compte déjà de longues années; mais ceux dont je vous ai entretenus sont typiques et me paraissent hors de contestation.

M. Marc Sée. Nous devons remercier M. Saboïa de son intéressante communication. Il nous a apporté une preuve de plus à l'ap-

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 39.3.88. Le Gérant : G. MASSON.

pui de la théorie qui veut que la fièvre intermittente soit déterminée par un microbe.

Nous admettons donc volontiers avec lui l'existence d'abcès froids paludéens. On peut regretter, cependant, qu'une contre-épreuve expérimentale n'ait pas été faite. Il aurait été intéressant de savoir si l'injection du pus suspect n'aurait pas pu produire des abcès semblables ou provoquer des accès de fièvre.

M. Saboïa. J'ai laissé volontairement de côté cette partie de la question. J'ai seulement voulu établir ceci : l'existence certaine d'abcès froids absolument indépendants de la tuberculose.

Présentation de pièces.

Trompes kystiques et suppurées enlevées par la laparotomie,

Par M. Championnière.

J'ai l'honneur de vous montrer des pièces qui me paraissent devoir vous intéresser, en vous reportant à des pièces de même ordre que vous avez vues dans les dernières séances. Il s'agit encore de salpingites, ou pour parler plus correctement de trompes altérées que j'ai enlevées avec les ovaires correspondants, à l'hôpital Saint-Louis.

Les premières pièces appartiennent à une femme de 35 ans que m'a adressée notre collègue M. Landrieux. Elle est atteinte de troubles de la locomotion, apparemment de phénomènes d'ataxie, avec paralysie de la vessie. M. Landrieux, trouvant dans l'étude de cette ataxie des phénomènes peu communs, pense qu'il serait possible que ce fussent des phénomènes d'ataxie réflexe de lésions utérines ou péri-utérines. En effet, cette femme souffrait dans le ventre, où on constatait la présence d'une tumeur douloureuse à la pression.

J'ai constaté chez cette femme un fibrome peu important et surtout une tumeur située à droite au-dessus de l'utérus, au voisinage de la fosse iliaque droite. J'ai pensé, comme M. Landrieux, qu'il serait possible d'en débarrasser la femme, de lui enlever ses ovaires et d'obtenir sinon la guérison de l'ataxie, au moins un soulagement marqué.

Je l'ai opérée le lundi 30 janvier 1888. A l'ouverture du ventre, j'ai trouvé à droite une trompe kystique que voici ; elle était à ce moment au moins trois fois plus volumineuse qu'aujourd'hui. Derrière elle, l'ovaire était perdu dans des adhérences tellement

intimes que j'ai eu beaucoup de peine à l'extirper en totalité, et que j'ai dû passer pour cela une série de fils de soie au-dessous. Un grand lambeau d'épiploon était soudé dans la même région, et j'ai dû le disséquer et le réséquer.

Du côté gauche, trompe normale et ovaire contenant quelques petits kystes. Je l'enlevai avec la trompe, qui paraissait saine. (*Fig.* 1.)

La malade a bien supporté cette opération. Quel est l'avenir qui l'attend ? Je ne saurais vous le dire ? En tout cas, elle sera sou-

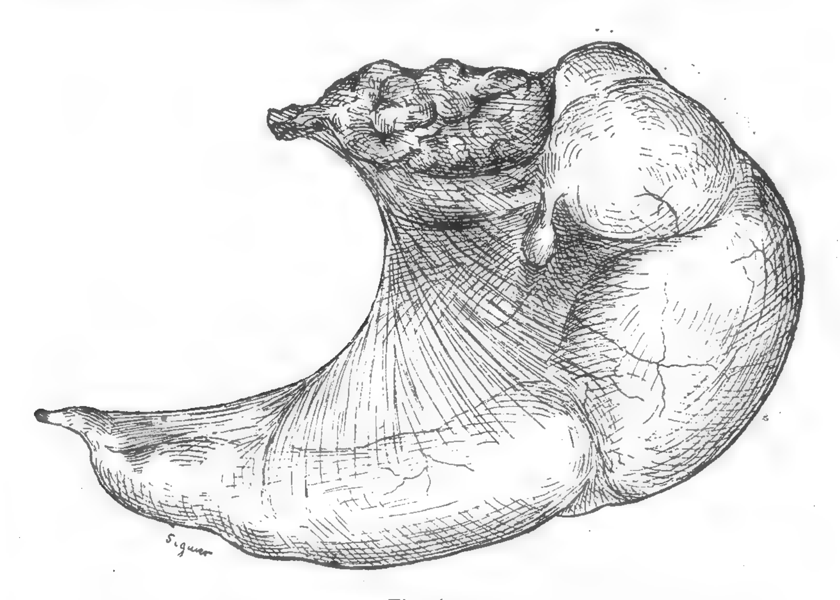


Fig. 1.

Trompe kystique avec l'ovaire correspondant et un kyste du pavillon.

lagée de ses douleurs. Ses règles vont disparaître et nous pouvons espérer que la perturbation qui va suivre pourra déterminer une crise favorable si son ataxie est due à un réflexe utéro-ovarien.

La seconde pièce est une salpingite double. Il s'agit d'une femme de 30 ans, mariée depuis quatre ans, et qui a cru, pendant les neuf premiers mois de l'année dernière, être enceinte. Tous les symptômes y étaient : vomissements, grossissement du ventre, mouvements perçus par la malade. Mais la conservation des règles était parfaite.

Elle m'a été adressée par le Dr Alibert (de Figeac).

Depuis trois mois, son ventre avait baissé, disait-elle, juste neuf mois après le début des accidents. Je constatai facilement que le soupçon de grossesse extra-utérine n'était pas justifié par le toucher. Un utérus facile à circonscrire, peu mobile, était surmonté

par des parties dures, inaccessibles au toucher vaginal, mais perceptibles par le palper. Bien que les douleurs spontanées fussent peu vives, la pression du ventre était douloureuse. La malade, du reste, était assez grosse ; les muscles se contractaient aisément, et les tumeurs abdominales étaient très difficiles à circonscrire. Je soupçonnai l'existence de salpingites suppurées, mais sans affirmer leur existence, et pensai que l'ouverture du ventre était justifiée.

Je l'opérai le lundi 6 février. A l'ouverture du ventre, je trouvai précisément dans le bassin deux tumeurs volumineuses, environ

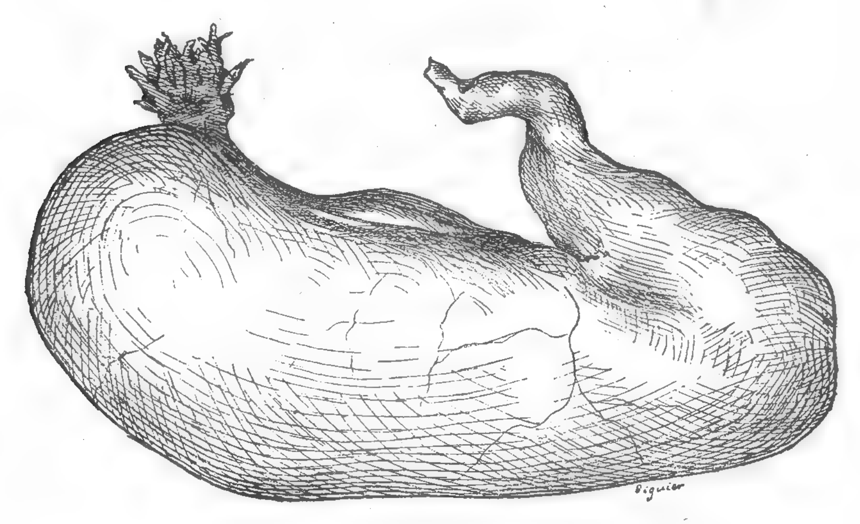


Fig. 2.

Trompe du côté gauche sans l'ovaire.

du volume d'un œuf de dinde. La tumeur gauche, manifestement constituée par une trompe dilatée par du pus, était assez distincte de l'ovaire pour que j'aie enlevé les deux organes séparément avec six fils de soie. (*Fig.* 2.)

Du côté droit, tumeur analogue, trompe dilatée par du pus, mais intimement unie à l'ovaire. Tandis qu'à gauche il y avait quelques adhérences importantes, de ce côté il n'y en avait pas. Mais la base était assez large pour justifier l'application de quatre fils de soie. (*Fig.* 3.)

L'opération fut faite assez laborieusement, et malgré cela les suites en ont été très simples. J'ai constaté cette fois, comme dans les autres cas, qu'une partie des signes attribués aux salpingites n'existaient pas. En particulier, ces tumeurs étaient absolument

inaccessibles par le toucher. Il en résulte que pour ces maladies on peut supposer leur existence, mais qu'un diagnostic ferme n'est guère possible.

Chez ces deux malades, la menstruation était parfaitement conservée. Pour la dernière, c'était justement ce qui contrariait le

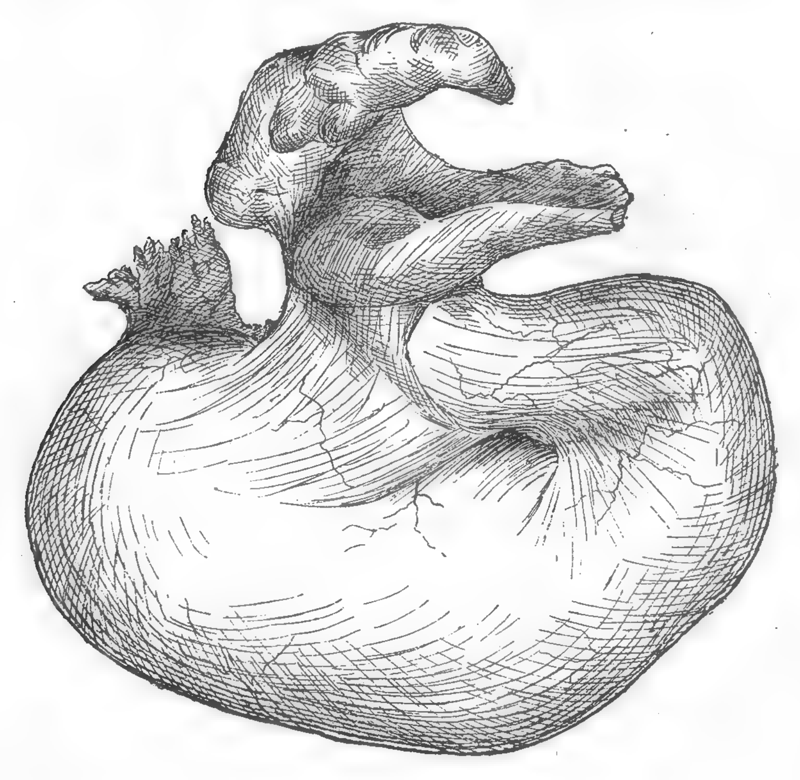


Fig. 3.

Trompe droite avec l'ovaire correspondant.

diagnostic de grossesse. Vous voyez que la menstruation nous paraît moins que jamais sous la dépendance de l'intégrité des trompes.

Ci-contre les trois figures, dont la première représente la trompe kystique, les deux autres les trompes suppurées; elles sont de grandeur naturelle. Leur forme très caractéristique méritait leur représentation complète.

Présentation de malade.

Hypospadias périnéal.

Par M. Th. Anger.

M. Th. Anger présente un jeune homme qu'il a opéré, par son procédé, d'un *hypospadias périnéal.* Il a refait un canal de douze centimètres.

Discussion.

M. Reynier fait remarquer que ce malade n'a pas de verge. Il croit le procédé de M. Duplay supérieur à celui de M. Anger, parce qu'il restitue une verge mieux constituée, plus longue et utilisable.

M. Le Dentu conteste absolument le bien fondé de cette critique.

Les deux procédés, celui de M. Duplay et celui de M. Anger, ont un premier temps identique, consistant en une section transversale, qui permet le redressement de la verge.

Ce n'est que lorsque la verge est ainsi reconstituée qu'intervient le second temps, celui des sutures, pour lequel les deux chirurgiens diffèrent. Ce temps, pas plus dans un des procédés que dans l'autre, n'est de nature à influer sur le plus ou moins de redressement ou de longueur de la verge.

On ne peut donc, dans le cas actuel, mettre l'imperfection du membre au compte du procédé de M. Anger, auquel, pour ma part, je donne la préférence. Si le résultat n'est pas à cet égard excellent, c'est que le cas était mauvais.

Lecture et Présentation de pièces.

M. Routier présente des *grains de sébum provenant d'une grenouillette sublinguale, devenue sus-hyoïdienne.*

M. Picqué montre une *hernie d'une anse intestinale avec hernie de la trompe de Fallope, du ligament large avec un kyste, et un peu d'épiploon.*

M. Jalaguier lit une observation de *castration pour un sarcome du testicule ; guérison depuis plus de 3 ans sans récidive.*

La séance est levée à 5 heures 25 minutes.

Le Secrétaire,
Ch. Monod.

Séance du 15 février 1888.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine, y compris le douzième et dernier fascicule de nos *Bulletins et Mémoires* pour l'année 1887;

2° Des lettres de candidature de MM. Brun, Jalaguier, Prengrueber et Routier pour la place de membre titulaire déclarée vacante;

3° *Fracture de la voûte du crâne; trépanation; guérison*, par le Dr J. Boyé, chirurgien-adjoint de l'hôtel-Dieu de Béziers;

4° M. Berger est désigné par le bureau comme délégué de la Société au Congrès pour l'étude de la tuberculose;

5° *Leçons cliniques sur les ténias de l'homme*, par le docteur Bérenger-Féraud, membre correspondant national, directeur du service de santé de la marine;

6° *Souvenirs cliniques*, par le Dr Sirus-Pirondi (de Marseille), membre correspondant national;

7° M. le baron H. Larrey offre à la Société la collection des *Comptes rendus de l'Académie des sciences* pour l'année 1887;

8° *Trois observations de résection de la hanche; une observation d'arthrotomie de la hanche*, par le Dr Roux (de Lausanne), (Commissaire : M. Monod).

A propos du procès-verbal.

1° *Varices des nerfs.*

M. Verneuil. Je n'assistais pas à la dernière séance; je tiens à dire à quel point je puis, d'après mes recherches personnelles,

confirmer les idées que M. Quénu est venu défendre devant vous.

J'ai autrefois, à l'École pratique, disséqué des varices en grand nombre; mes pièces sont au musée Dupuytren. Je n'ai pas publié tous les faits que j'ai observés. Mes souvenirs sont cependant très précis, et je puis dire que j'ai vu à plusieurs reprises que la veine qui accompagne le nerf sciatique, ou mieux qui rampe dans son épaisseur, peut devenir variqueuse. Cette veine pénètre dans le nerf, au point où il se bifurque en sciatiques poplités externe et interne; elle est accompagnée d'une petite artère; ces vaisseaux sont situés dans l'épaisseur du nerf jusque dans le petit bassin. J'ai vu la veine atteindre un volume supérieur à celui d'un manche de plume.

Je suis donc très disposé à admettre avec M. Quénu que les douleurs sciatiques observées chez les variqueux sont dues aux varices siégeant dans l'épaisseur du nerf.

Mais les souffrances, souvent si considérables, des individus atteints de varices, et particulièrement celles qui siègent aux jambes, peuvent cependant être encore autrement expliquées.

Quand on injecte le système veineux d'un membre variqueux, et qu'on remplit ainsi les veines intramusculaires et les intermusculaires, on constate que ce n'est pas avec les artères que les nerfs sont en rapport, mais bien avec les veines. Les nerfs tournent en spirale autour des paquets variqueux. On comprend donc très bien que, lorsque ceux-ci sont distendus par le sang, ainsi que cela arrive lorsque le malade est debout, les nerfs qui les entourent puissent être comprimés ou tiraillés. Telle serait selon moi l'origine de quelques-unes des douleurs signalées par M. Quénu.

M. Schwartz. Je désire confirmer par une observation la pathogénie des douleurs produites chez les variqueux.

Si dans les cas de varices profondes la compression extrinsèque ne peut être constamment accusée de produire la douleur, il n'en est pas de même pour les varices superficielles pour lesquelles cette cause de souffrance peut être le plus souvent invoquée; les veines superficielles accompagnent en effet, presque dans tout leur trajet, les nerfs de même ordre.

J'ai opéré, il y a trois ans, un homme de 34 ans qui portait une tumeur variqueuse, grosse comme une mandarine, située à la face interne du genou, sur le trajet de la saphène interne. Il souffrait horriblement à la moindre pression, et surtout lorsqu'il était debout la pesanteur et la douleur devenaient bientôt intolérables. La tumeur fut enlevée après ligatures multiples des veines afférentes et efférentes; la douleur disparut complètement et ce malade fut beau-

coup amélioré au point de vue des varices elles-mêmes. Il a été revu guéri au bout de deux ans.

M. Trélat. Il m'est arrivé bien souvent de constater l'existence de douleurs névralgiques plus ou moins vives chez les variqueux. Mais je dois avouer que mes souvenirs étaient sur ce point assez vagues.

Il n'en est pas de même du cas suivant, qui m'a singulièrement frappé.

Il y a dix ans, j'étais appelé par un confrère à Neuilly, pour voir une de ses malades, une dame de 50 ans, variqueuse, qui avait été atteinte d'une phlébite siégeant dans ses veines dilatées. Lorsque je la vis, les phénomènes aigus étaient calmés, il restait des cordons noueux, insensibles, disséminés à la surface et dans la profondeur des membres. Mais ce qui fut remarquable et ce qui m'est revenu en mémoire depuis la communication de M. Quénu, c'est que cette malade, qui paraissait guérie, fut retenue au lit et à la chambre, pendant plus de trois mois, par des souffrances rhumatoïdes vagues, puis par des douleurs de sciatique caractérisée, que nous n'avions, à cette époque, su à quoi attribuer.

Je n'hésite pas à croire aujourd'hui que ces douleurs étaient dues à la compression de son nerf sciatique par des dilatations variqueuses.

2° *Abcès froids d'origine paludéenne.*

M. Verneuil. Au sujet de la communication que M. Saboia nous a faite dans la dernière séance, je tiens à revendiquer en faveur de nos compatriotes les docteurs Laveran, Richard et Girerd une découverte qui a été faussement attribuée à des médecins italiens. C'est aux patientes recherches du Dr Laveran, en particulier, que l'on doit la connaissance des microbes de la malaria. On ne saurait l'oublier sans injustice.

Ces microbes se présentent sous des formes diverses. Tantôt c'est un corps rond rempli de petites granulations; d'autres fois, ces mêmes corps affectent la forme d'une demi-lune; d'autres fois enfin ils sont pourvus de petits tentacules animés de mouvements vibratiles. Ces tentacules tombent facilement, et on les retrouve dans le liquide qui renferme les corpuscules. Ces corpuscules se rencontrent dans le sang des individus qui sont en pleine fièvre paludéenne; quant aux granulations, elles sont identiques au pigment que l'on trouve dans le sang dans l'intervalle des abcès.

M. Després. Le travail de M. Saboia me paraît passible de cer-

taines critiques. Il ne faut pas en effet admettre trop facilement de nouveaux genres d'abcès. Nous connaissons tous les *abcès soudains* de Delpech, les abcès de M. Saboia ne sont pas autre chose.

De ce que l'on a cru trouver dans le pus d'un abcès certains éléments figurés, ressemblant plus ou moins à ce que l'on décrit aujourd'hui sous le nom de microbes, il ne faut pas conclure que cet abcès soit d'une espèce particulière, que son développement doive nécessairement être rattaché à l'histoire pathologique de la maladie, au cours ou à la suite de laquelle il est apparu.

M. Saboia. Les abcès que j'ai observés ne sont aucunement, je puis l'affirmer à M. Després, les *abcès soudains* de Delpech. Ils avaient de tous points l'allure des abcès froids : ni fièvre, ni rougeur, ni douleur ; ne se revélant à l'observation que par la tuméfaction et une légère gêne fonctionnelle.

De plus, ils survenaient à la suite d'accès de fièvre paludéenne grave. Je l'ai dit à la dernière séance : je ne suis pas bactériologiste, je n'attache aucune importance à la variété de microbe que l'on a pu découvrir dans le pus de ces collections. Je les considère surtout au point de vue clinique, et je dis : ces abcès étaient froids, en apparence semblables à ceux décrits par M. Lannelongue, et cependant ils n'étaient certainement pas tuberculeux, mais, pour moi, d'origine paludéenne.

Rapport

Sur une observation de M. le professeur Severano (de Bucharest), intitulée : *Lésion traumatique du nerf radial; paralysie consécutive; suture nerveuse; résultat fonctionnel nul,*

Par M. Pozzi.

Observation. — Petre Mater, 21 ans, agriculteur, du district d'Ilfov (Roumanie), admis à l'hôpital le 3 novembre 1886, présentant un nombre considérable de plaies par arme à feu.

Étant à cheval, le malade laissait en arrière un voisin qui, agenouillé, fit feu sur lui avec un fusil de chasse. L'affaire s'est passée le 2 novembre, au dire du malade.

A l'examen, on constate onze orifices d'entrée des projectiles. Un sur la joue gauche, trois sur la face postéro-externe du bras gauche, le reste sur la partie postéro-latérale gauche du thorax. Parmi ces derniers, quelques projectiles sont restés tout superficiels; on les extrait. Ils sont de la grosseur d'une petite graine de poivre.

Comme symptômes, nous remarquons surtout la paralysie incom-

plète du nerf radial gauche. En effet, les muscles extenseurs des doigts, les radiaux, etc., sont complètement paralysés. La main garde l'attitude de flexion et adduction caractéristique de la paralysie du radial. Pourtant le long supinateur se contracte encore, quoique faiblement, et le triceps brachial est tout à fait normal. L'électricité induite, qui provoque de fortes contractions dans le triceps, n'agit que faiblement sur les autres.

La sensibilité tactile, complète sur le bras et l'avant-bras, est diminuée, mais non abolie, sur le dos du pouce, de l'index et de la partie correspondante de la main. Sensibilités thermique et algésique assez bonnes.

La pression sur la partie externe du pli du coude produit une douleur assez vive, fixe.

Appuyé sur l'anatomie du radial, M. le professeur Severano nous fait remarquer que la partie supérieure du radial a échappé à la paralysie, et que la lésion doit se trouver dans la portion brachiale du radial et sur un point intermédiaire à sa bifurcation et l'émergence de la branche motrice des vastes interne et externe.

L'inspection des plaies qui se trouvent sur la face postérieure du bras conduit au même résultat. Il y en a trois. Les deux supérieures ont percé, de part en part, le haut du bras, et les balles sont venues se caser sous la peau de la région deltoïdienne antérieure. La troisième balle, inférieure, ne se retrouve pas ; — elle n'a pas, non plus, d'orifice de sortie. Très probablement, c'est elle qui a lésé le nerf. En effet, menant à partir de son entrée une ligne parallèle au trajet des précédentes, on arrive sur le radial, à un niveau très proche du point donné par la théorie,

Guidé par ces faits, le professeur Severano se décide à faire la suture du radial.

Opération, faite le 15 novembre. — Précautions antiseptiques prises, on fait, couche par couche, une incision de 12 centimètres sur la partie postéro-externe du bras. On cherche, par le côté externe, l'interstice des vastes, on dissèque attentivement et on arrive exactement sur le nerf. On reconnaît la branche des vastes, qui se contractent immédiatement, dès qu'on applique sur elle les rhéophores de l'appareil Dubois-Reymond. En enlevant légèrement le tissu adipeux, qui recouvre la gaine du nerf, on reconnaît un point de couleur plus sombre, d'épaisseur moindre. La gaine enlevée sur ce point laisse voir le nerf manifestement lésé. On ne trouve pourtant pas la balle qui a dû faire cette lésion. On ne trouve pas non plus d'autres lésions. Alors, par deux coups de ciseaux, on résèque du nerf une portion de 1 centimètre et demi, comprenant la partie lésée. Sur le bout périphérique ainsi obtenu, appliquant les rhéophores de Dubois, surmontées, pour plus de précision, de deux aiguilles, on n'obtient aucune contraction dans les muscles tributaires. Malgré toutes les recherches attentives, ne parvenant pas à trouver la cause obscure de cette interruption, on lave à la solution phéniquée et on met en contact immédiat les deux bouts du nerf moyennant deux sutures croisées;

deux autres fines sutures réunissent les gaines. Tout cela avec le catgut. Hémostase, suture de la couche profonde, drainage, suture des téguments, large pansement au sublimé. Attelle coudée fixant l'avant-bras à angle droit, position qui a aussi l'avantage de relâcher la tension sur les bouts du nerf.

Suites des plus simples, quant à l'état général et local. Pansement après six jours, réunion par première intention. On retire le tube. Après une semaine, on ôte le pansement : réunion définitive.

Malheureusement, le résultat fonctionnel est loin d'être aussi beau. Les différentes espèces de sensibilité non modifiées ; peut-être un peu plus de sensibilité au contact. La paralysie persiste ; l'insensibilité électrique des muscles également. Enfin l'atrophie fait des progrès rapides.

Le 4 décembre 1886, on congédie le malade dans cet état.

Nous avons revu notre malade après dix jours. Son état ne s'est pas amélioré, au contraire.

Pas de sensibilité électrique, point de mouvement. L'atrophie progresse ; la périphérie du bras paralysé, 3 centimètres au-dessous du pli du coude, est de 21 centimètres, c'est-à-dire 3 centimètres de moins que du côté sain.

Nous suivrons cette observation, et, s'il arrive des changements, nous les communiquerons.

Il est très regrettable que nous n'ayons eu aucun renseignement ultérieur sur cet opéré. Peut-être est-on en droit d'en conclure qu'il ne s'est pas produit de notable amélioration.

Cette observation n'en est pas moins intéressante, et mérite d'être consignée dans nos Bulletins. Ce n'est pas que je n'aie des réserves très formelles à faire sur la conduite chirurgicale de notre distingué confrère.

La conservation partielle de la motilité dans le long supinateur et de la sensibilité à l'avant-bras et à la main aurait pu faire prévoir qu'il ne s'agissait pas d'une section complète, mais seulement d'une contusion ou d'une plaie incomplète du radial. Toutefois, l'incision exploratrice ne saurait être condamnée. Nous la croyons, au contraire, très utile dans tous les cas où un doute peut subsister (et nous voyons combien ici l'opération tout entière a été bénigne). Mais cette incision ayant montré que la continuité du nerf n'était pas interrompue, qu'il y avait simplement *contusion* de l'organe, la résection était-elle indiquée ? Je ne le pense pas. Quelle pourrait être, en effet, son utilité ? Enlever, dira-t-on, une portion du cordon nerveux plus ou moins désorganisée ? Mais cette ablation était-elle indispensable ou même favorable pour la régénération ultérieure ? Nullement. Loin d'être un obstacle à celle-ci, la partie contuse qui reliait les deux bouts intacts du nerf pouvait plutôt lui être d'un réel secours en servant de guide et de conduc-

teur, pour ainsi dire, à la formation nouvelle de tubes nerveux, à la manière des fils de catgut dans les sutures à distance des expériences d'Assaky. Du reste, je l'ai déjà fait remarquer, tout porte à croire que la désorganisation du nerf radial n'était pas complète, et la preuve c'est que l'abolition des fonctions a été beaucoup plus grande, immédiatement après la section, qu'auparavant.

Quant aux phénomènes ultérieurs d'atrophie, il serait injuste d'en rendre l'opération complètement responsable. On sait, en effet, que les lésions trophiques ne s'accusent que progressivement après les lésions nerveuses, et peut-être eussent-elles continué à s'accroître par le simple effet de la contusion. Une particularité vient à l'appui de cette hypothèse, et qui paraît indiquer que la dégénérescence nerveuse était déjà très accusée au moment de l'opération, c'est-à-dire treize jours après l'accident : je veux parler de l'absence d'excitabilité électrique constatée par l'opérateur sur le bout périphérique, aussitôt après la section.

En résumé, je crois que M. le professeur Severano a été bien inspiré en recherchant par une incision exploratrice l'état du nerf dont il avait judicieusement soupçonné la lésion. Je pense, d'autre part, qu'il ne faudrait pas suivre jusqu'au bout son exemple, et, en présence d'une contusion d'un nerf, en pratiquer la résection et la suture. Il vaudrait mieux laisser aux efforts de la régénération spontanée, aidés par l'emploi méthodique de l'électricité, du massage, etc., le soin de rétablir les fonctions nerveuses dans un avenir plus ou moins long.

Je vous propose d'adopter les conclusions suivantes : adresser des remerciements à l'auteur, et publier son observation dans nos Bulletins, avec les courtes réflexions dont je l'ai fait suivre.

Discussion.

M. Trélat. Je me borne à rappeler, à l'appui de ce que M. Pozzi vient de dire, que dans trois cas personnels publiés antérieurement, où j'avais eu affaire à des enclavements de nerfs dans des cals ou dans des cicatrices, je n'ai jamais fait de résection nerveuse. Je me suis contenté de libérer le tronc nerveux par une sorte de travail de nivellement portant sur les parties osseuses ou fibreuses qui le comprimaient. Dans ces trois cas, au bout d'un temps, fort long parfois, variant de trois à sept mois, les nerfs ont récupéré leurs fonctions ; les mouvements se sont rétablis dans le membre paralysé.

Je crois donc, comme M. Pozzi, qu'il vaut mieux savoir attendre, compter sur la régénération nerveuse spontanée, que tenter une

réparation, à l'aide d'une résection nerveuse, dont les résultats sont douteux.

M. Terrier. Je m'associe aux observations judicieuses dont M. Pozzi a accompagné l'observation de M. Severano, mais je m'élève contre ses conclusions. Le fait est rapporté d'une façon trop incomplète pour qu'il y ait lieu de lui donner place dans nos Bulletins.

M. Le Fort. Je demande, au contraire, que l'observation de M. Severano soit intégralement publiée. Les insuccès sont aussi, sinon plus, instructifs que les succès. La suture des nerfs a été à la mode pendant un temps, et, de tous côtés, apparaissait le récit des cas où elle avait été heureusement appliquée. Il est bon que l'on sache que ces résultats favorables ne sont pas constants.

M. Trélat. Combien de temps le malade a-t-il été suivi après l'opération ?

M. Pozzi. Pendant un mois seulement, mais déjà l'atrophie musculaire était considérable, et la sensibilité du membre beaucoup moindre qu'avant l'opération.

M. Chauvel. Je partage absolument l'avis de M. Terrier. L'observation de M. Severano ne doit pas être insérée dans nos Bulletins, elle est longue et cependant tout à fait insuffisante. M. Pozzi peut se contenter de nous en donner un résumé dans son rapport.

M. Tillaux. Je reviens au côté scientifique de la question. Je m'associe à la critique que M. Pozzi a faite de la conduite de M. Severano. On ne résèque pas un nerf contus, cela est trop évident.

Je fais remarquer, de plus, que la suture a été faite treize jours après la blessure. Il ne s'agissait donc ni d'une suture primitive, ni d'une suture dite secondaire. Le propre de celle-ci, en effet, est de n'être faite qu'après un laps de temps suffisant pour qu'un commencement de régénération ait pu se produire dans le nerf blessé. C'est là le secret des succès que l'on a obtenus.

Communication.

Du cathétérisme rétrograde,

Par M. Tillaux.

Dans la séance du 8 avril 1886, notre collègue M. Ch. Monod vous a lu un consciencieux rapport sur le cathétérisme rétrograde.

Les observations qu'il a pu recueillir sur cet important sujet de thérapeutique sont encore assez rares pour qu'il m'ait paru intéressant de vous en rapporter un nouvel exemple.

On n'ouvre la vessie pour introduire une sonde dans l'urèthre d'arrière en avant que lorsque le cathétérisme, par les voies naturelles, est absolument impossible, et c'est presque toujours à cause d'un rétrécissement, et surtout d'un rétrécissement cicatriciel, succédant lui-même à une chute à califourchon sur le périnée.

Le malade que j'ai opéré avait subi cet accident le 6 mai 1886.

Voici en résumé son histoire :

Il s'agit d'un homme âgé de 34 ans, exerçant la profession de menuisier, à Isigny, en Normandie. Il tomba à califourchon sur un tréteau, éprouva tout de suite une violente douleur au périnée et rendit presque immédiatement une assez grande quantité de sang par l'urèthre.

Un gonflement notable ne tarda pas à se développer en arrière du scrotum, et, à partir de l'accident, le malade, malgré de violents efforts, ne put émettre une seule goutte d'urine.

Nos confrères, appelés le lendemain, tentèrent infructueusement le cathétérisme et pratiquèrent une large incision au périnée.

Il s'écoula une grande quantité de sang mélangé d'urine, et le malade fut aussitôt soulagé.

Au bout de douze jours, on fut assez heureux pour introduire dans la vessie une sonde fixée à demeure et par laquelle s'écoula la totalité des urines. La sonde resta en place pendant une quinzaine de jours; mais, ayant été expulsée dans un effort du malade, il fut impossible de la réintroduire.

A dater de ce moment, les urines sortirent et par le méat et par la plaie périnéale, qui n'était pas encore fermée, et on ne put passer de bougie dans la vessie. Le rétrécissement s'accentua de plus en plus, et, à la fin de l'année 1886, la fistule urinaire était définitivement constituée.

C'est dans ces conditions que le malade me fut adressé à l'Hôtel-Dieu, le 30 avril 1887, un peu plus d'un an après l'accident initial.

Je ne fus pas plus heureux que nos confrères de la province, et, malgré des tentatives réitérées et prolongées, je ne pus réussir à passer la plus fine bougie dans la vessie. Je pratiquai l'uréthrotomie externe le 18 mai ; mais le bout postérieur de l'urèthre resta introuvable. Je consacrai inutilement à sa recherche une longue et périlleuse séance. Je laissai cependant une sonde dans le bout antérieur, espérant que les jours suivants, guidé par la sortie de l'urine, je pourrais pénétrer dans la vessie, mais les tentatives furent encore inutiles, le canal ayant manifestement subi une déviation considérable.

Les choses ne tardèrent donc pas à revenir en l'état, c'est-à-dire que le malade se trouvait atteint d'un rétrécissement infranchissable et d'une fistule uréthro-périnéale.

Il ne restait plus qu'une ressource, le cathétérisme rétrograde, qui fut accepté avec empressement.

L'opération fut pratiquée le 18 juillet.

Le malade étant endormi au chloroforme, je fendis à nouveau le périnée dans la direction du canal et passai une sonde dans le bout antérieur. Par acquit de conscience, je me livrai encore à quelques recherches pour trouver le bout postérieur, mais avec aussi peu de succès que précédemment.

J'introduisis alors dans le rectum un ballon de Petersen et replaçai le malade horizontalement.

La taille hypogastrique appliquée à la cure d'un rétrécissement infranchissable de l'urèthre avec fistule urinaire se présente dans des conditions toutes particulières. La vessie est en général revenue sur elle-même, ratatinée derrière le pubis, et il est impossible de la distendre par une injection préalable. L'urine ne peut donc être soustraite et remplacée par une solution antiseptique, aussi le conseil donné par M. Terrier, d'administrer au malade une potion au borate de soude, trouve-t-il ici sa principale indication.

Je fis à la peau une incision verticale de quatre à cinq centimètres et sectionnai les couches profondes en me rapprochant de plus en plus du pubis.

Bien que la vessie fût en effet rétractée, je pus néanmoins la mettre à découvert assez facilement, sans intéresser le péritoine. Elle fut incisée au bistouri immédiatement au-dessus du pubis, et une certaine quantité d'urine s'écoula aussitôt.

Portant le doigt dans la cavité, je pus me rendre aisément compte de la situation du col. Une sonde à bout conique y fut introduit, mais le rétrécissement était tellement serré qu'il fut impossible de la faire sortir par la plaie périnéale. J'y substituai une sonde métallique, sur la saillie de laquelle je pratiquai l'incision des parties molles jusqu'à ce que l'extrémité en fût découverte.

Il devenait alors très facile de faire passer une sonde du bout antérieur dans le bout postérieur jusque dans la vessie ; mais il était à craindre qu'elle ne fût encore expulsée comme la première fois. Il est vrai qu'un fil attaché à l'extrémité vésicale de la sonde et sortant de la plaie hypogastrique aurait permis de la maintenir en place, et c'est là un procédé recommandable en pareil cas ; toutefois, je préférai introduire dans l'urèthre et faire ressortir par l'hypogastre un long tube en caoutchouc qui mettait plus sûrement encore à l'abri de tout accident.

Deux larges trous furent pratiqués dans la portion du tube correspondant à la vessie.

L'extrémité du tube faisant syphon fut plongée dans un vase contenant de l'acide borique.

Les suites de l'opération furent des plus simples : Après 12 jours, le tube fut retiré et remplacé facilement par une sonde n° 22. La plaie hypogastrique ne tarda pas à se fermer, et peu de temps après le malade retournait dans son pays.

Discussion.

M. Després. Je me suis trouvé, il y a cinq ans, en présence de difficultés semblables à celles qu'a rencontrées M. Tillaux. J'ai tenté, comme lui, l'uréthrotomie externe. Mais, plus heureux que lui, j'ai pu découvrir le bout postérieur de l'urèthre.

J'attribue mon succès à ce que, contrairement à ce qui est enseigné dans les livres, après avoir fait l'incision cutanée verticale classique, j'ai donné à mon incision de recherche une direction transversale, et non verticale, comme on le conseille habituellement.

Avec une incision transversale, suffisamment large et profonde, on dépasse nécessairement la zone des tissus lardacés, et l'on arrive sur une région saine où l'urèthre peut être ordinairement découvert. C'est ce qui arriva dans mon cas, je vis l'urine sourdre en un point, je pus introduire une bougie dans la vessie et terminer l'opération à l'ordinaire. Le malade a guéri et vit encore.

M. Schwartz. Dans un cas d'uréthrotomie externe sans conducteur, sur un malade atteint de rétrécissements infranchissables multiples, je ne pouvais trouver le bout postérieur, malgré tous les artifices que j'employai. Comme l'opération avait déjà duré deux heures passées, que le malade était pâle et avait le pouls petit, que, de plus, je soupçonnais que la taille hypogastrique avec cathétérisme rétrograde serait difficile à cause de la petitesse de la vessie et du développement du tissu adipeux abdominal, je me décidai donc à créer un nouveau canal en passant avec un gros trois-quart à travers la prostate; je me guidai sur mon doigt introduit dans le rectum et j'arrivai peu à peu et progressivement dans la vessie.

Le malade a complètement guéri; opéré il y a 3 ans, il vient de temps en temps se faire passer des bougies Béniqué.

M. Le Dentu. Après avoir, comme tous mes collègues, éprouvé nombre de fois les difficultés que l'on rencontre à pratiquer l'uréthrotomie externe suivant le procédé classique, j'ai complètement renoncé à cette manière de faire. Je me suis rallié à celle conseillée par Demarquay, qui consiste à aller droit à la prostate, sans se préoccuper du rétrécissement, à l'aide d'une incision soit transversale, comme le voulait Demarquay, soit plutôt antéro-postérieure.

Je préfère l'incision antéro-postérieure parce que, après la cicatrisation, une bride transversale, quelque petite qu'elle soit, peut être l'origine d'une coarctation nouvelle.

Cette incision conduit sur la région membraneuse de l'urèthre, puis sur la prostate; j'entame même un peu le bec de la prostate. Il ne s'agit plus alors que de pénétrer d'arrière en avant dans la portion rétrécie, par une sorte de cathétérisme rétrograde de l'urèthre, cathétérisme *prostato-uréthral,* si l'on veut bien l'appeler ainsi.

Pour régler ce temps de l'intervention, j'ai fait construire un petit conducteur spécial, coudé à son extrémité, cannelé à sa face inférieure, qui facilite singulièrement l'opération. (M. Le Dentu figure au tableau cet instrument, avec une modification qu'il y a récemment apportée.)

J'ai pratiqué cette opération ce matin même; elle est relativement facile. J'ai eu un peu de peine à trouver la pointe de la prostate; mais, cela fait, le reste va vite.

C'est la troisième fois que j'applique ce procédé; je n'ai eu chaque fois qu'à m'en louer. L'opération est courte et conduit sûrement au but. L'uréthrotomie externe par la méthode ordinaire est toujours une opération longue et incertaine dans ses résultats.

M. Marc Sée. Chez un petit malade de 7 à 8 ans, atteint d'un rétrécissement traumatique infranchissable de l'urèthre et de rétention complète d'urine, j'ai réussi à retrouver le bout postérieur à l'aide d'un procédé bien simple que je vous recommande.

Introduisant dans l'urèthre une sonde métallique à bout rond, je la poussai jusqu'au rétrécissement. J'incisai l'urèthre sur cette sonde. Passant alors un fil dans chacune des lèvres de l'incision faite à la muqueuse de l'urèthre, la plaie étant bien abstergée, je pus facilement mettre à découvert la paroi supérieure de l'urèthre, et, me guidant sur elle, faire pénétrer dans le rétrécissement une bougie, qui, du premier coup, s'enfonça jusque dans la vessie.

J'incisai alors le rétrécissement et achevai l'opération, comme il est d'usage en pareil cas.

M. Segond. Le procédé dont vient de parler M. Sée est en effet simple et commode. Mais il n'est pas nouveau; il est connu depuis longtemps; M. Guyon, qui n'a pas la prétention de l'avoir inventé, l'emploie communément. Il est décrit tout au long dans la thèse d'Eug. Monod sur l'uréthrotomie externe.

Permettez-moi d'ajouter, puisque j'ai pris la parole, que nombre d'artifices ont été inventés dans ces cas difficiles, que tous ont donné des succès, et que presque tous sont recommandables. Il en est cependant de mauvais, tel est celui dont nous a parlé M. Schwartz. Il a, il est vrai, réussi entre ses mains. On ne saurait cependant conseiller de se frayer de vive force une voie jusque dans la vessie; le moyen est brutal, il peut être dangereux.

M. Schwartz. Je répondrai à M. Segond que je suis absolument de son avis. Je n'ai pas entendu conseiller, comme règle générale de conduite, le procédé auquel j'ai eu recours. J'ai seulement voulu montrer que l'on pouvait ainsi réussir dans certains cas.

Ce n'est là qu'un procédé de nécessité auquel on peut être acculé. Telle était ma situation; l'opération durait depuis deux heures; tous mes efforts pour trouver le bout postérieur avaient été vains; le malade était pâle et faible; il fallait absolument en finir et passer. Prenant alors un gros trocart, doucement, sans brutalité aucune, le guidant sur mon doigt, je parvins à pénétrer dans la vessie. Peut-être, sans m'en douter, mon instrument a-t-il cheminé à travers l'urèthre, je ne sais; ce qui est certain, c'est que je n'ai produit aucun dégât sérieux, et que mon malade a bien guéri.

M. Le Fort. Puisque chacun apporte ici le résultat de son expérience en matière d'uréthrotomie externe, je crois pouvoir vous parler d'une pratique que j'estime capable de rendre service dans certains cas.

Il y a déjà longtemps, une dizaine d'années environ, ayant à examiner une dame opérée de fistule vésico-vaginale, mais qui perdait encore de l'urine, je fus dans l'impossibilité absolue de découvrir la fistulette qui laissait échapper le contenu de la vessie. J'eus alors l'idée d'injecter dans la vessie une solution d'iodure de potassium, puis de faire pénétrer dans le vagin une solution de nitrate de plomb. Il se fit aussitôt sur un point de ce dernier conduit un beau précipité jaune qui m'indiqua le lieu où siégeait l'orifice que je cherchais.

Je me suis demandé si un moyen analogue ne pourrait servir dans les cas où l'on a peine à découvrir le bout postérieur de l'urèthre dans l'uréthrotomie externe. Il est clair que, dans ce cas, l'urèthre n'étant pas perméable, on ne peut songer à injecter dans la vessie une solution d'iodure de potassium. Mais ne pourrait-on pas faire prendre, par la bouche, le sel en solution un peu forte, à dose de 3 à 4 grammes, par exemple. Au bout de deux minutes, le médicament a passé dans les urines; si alors on badigeonnait la plaie avec du nitrate de plomb, un point coloré en jaune indiquerait le siège du bout postérieur de l'urèthre.

J'ai du moins tenté cette petite expérience sur un sujet atteint d'exstrophie de la vessie; elle m'a pleinement réussi.

M. Peyrot. Chez les malades atteints de rétrécissement infranchissable avec fistule, il existe parfois certaines dispositions anatomiques qui peuvent égarer le chirurgien. A l'appui de cette assertion, je puis citer le fait suivant :

J'ai trouvé, en arrivant dans le service que je viens de prendre à Lariboisière, un malade atteint de rétrécissement infranchissable, ayant été déjà soumis à une tentative d'uréthrotomie externe qui avait échoué; le bout postérieur n'avait pu être trouvé. Il restait une fistule au périnée, par où s'échappait toute l'urine.

Je voulus à mon tour essayer une intervention nouvelle. J'introtroduis dans l'urèthre un conducteur que je pousse presque dans le rétrécissement; j'ouvre le canal sur le conducteur, je passe dans les lèvres de la plaie les deux fils de M. Sée, et je cherche, mais en vain; toutes les lacunes de la plaie sont explorées sans succès. J'eus alors l'idée de reporter mon incision plus en avant; puis, mon malade étant endormi et ne pouvant uriner au commandement, je comprimai la vessie avec la main, à l'hypogastre, et un doigt dans le rectum. Je vis aussitôt sourdre de l'urine dans mon incision nouvelle; le bout postérieur était trouvé. Je pus pénétrer dans la vessie et achever l'opération.

J'étais, au début, dans un faux urèthre créé par des fausses routes antérieures qui ne pouvaient évidemment me conduire dans la vessie.

M. Després. A ce que j'ai dit tout à l'heure je veux seulement ajouter: d'abord que mon malade a bien guéri; ensuite que, dans les procédés anciens d'uréthrotomie externe, on s'occupait seulement d'ouvrir l'urèthre, tandis que dans celui que je préconise on enlève, on extirpe le rétrécissement. Il importe donc peu, au point de vue des suites, comme le croit M. Le Dentu, que l'urèthre ait été coupé en long ou en travers.

M. Le Fort. M. Després vient de nous dire qu'il s'applique à enlever complètement tout le rétrécissement. Je suis absolument opposé à cette manière de faire.

En effet, si l'on agit ainsi, lorsque plus tard on enlève la sonde à demeure, les deux fragments du canal ne s'aboucheront pas l'un à l'autre, ils se couderont, et de là résultera un obstacle réel au cathétérisme.

On devra donc mettre tous ses soins à conserver ne fût-ce qu'une mince languette de la paroi supérieure de l'urèthre, qui servira comme de guide à la reconstitution du canal.

M. Tillaux. J'ai peu de chose à répondre :

— A M. Després, je dirai qu'affirmer que, par un procédé quelconque, on réussira — à coup sûr — est certainement une exagération (je parle de rétrécissements d'origine traumatique).

— A M. Le Dentu : j'ai essayé, chez mon malade, le procédé qu'il

recommande : je n'ai pas réussi; c'est alors seulement que je me suis décidé à pratiquer le cathétérisme rétrograde par la vessie.

Présentation de malades.

1° *Tumeur kystique du sein,*

Par M. Reclus.

M. Reclus présente une femme atteinte de tumeur kystique du sein gauche, opérée d'un affection semblable au sein droit par M. Segond.

Discussion.

M. Segond. La tumeur que cette malade portait au sein droit présentait tous les caractères de la tumeur adénoïde classique. Ce n'est qu'après l'ablation que je reconnus qu'elle était constituée par des kystes multiples, remplis d'un liquide citrin.

M. Trélat. Il est difficile, en fin de séance et à propos d'une présentation de malade, de traiter comme elle devrait l'être la question soulevée par M. Reclus. Je me contenterai donc de cette simple remarque.

Les tumeurs que nous appelons fibromes multiples du sein, c'est-à-dire ces tumeurs du sein qui sont multiples, dures, indolentes, permanentes, ont exactement les mêmes caractères que les kystes multiples de M. Reclus. Ces derniers ne diffèrent des premiers qu'en ceci, que les nodosités, qui paraissent, au toucher, d'une dureté fibreuse, sont en réalité des cavités distendues par un liquide.

En d'autres termes, la maladie décrite par M. Reclus a absolument les mêmes caractères que les fibromes multiples de la mamelle; l'identité est complète. Le diagnostic n'est possible que par la ponction.

M. Desprès. Je me rallie absolument à l'opinion que vient d'exprimer M. Trélat; mais il est un autre point dont il n'a pas été question, celui du traitement.

Lorsque les deux mamelles sont le siège de tumeurs bénignes stationnaires, la règle est de n'y pas toucher.

Que si la tumeur se développe, si surtout elle paraît se transformer ou changer de caractère, il faut opérer; mais alors, comme le conseillait déjà Velpeau, il faut enlever tout le sein.

M. Reclus. C'est à dessein que j'ai laissé de côté la question de traitement sur laquelle je compte revenir plus tard.

2° *Résection du poignet guérie, en moins d'un mois, sous un seul pansement,*

Par M. Le Dentu.

M. Le Dentu présente un malade âgé de 39 ans, auquel il a fait la résection du poignet, le 10 novembre 1887. La main était presque entièrement luxée en avant sur l'avant-bras, mais sans flexion. Son axe était resté parallèle à celui du membre, mais n'était plus dans le même plan. Des fongosités faisaient un relief notable sur le dos de la région du poignet.

L'opération a été faite par le procédé de Lister, avec incision de décharge au côté interne. Environ deux centimètres de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus et tous les os de la première rangée du carpe ont été réséqués.

Après avoir fait le curage du foyer et rapproché le mieux possible les surfaces osseuses bien régularisées, M. Le Dentu reconstitua une capsule articulaire au moyen de sutures perdues au catgut, plaça des drains en os décalcifié dans la plaie dorsale et dans la plaie latérale, et fit les sutures superficielles au crin de Florence.

Le membre (main et avant-bras) fut placé dans une gouttière plâtrée, disposée de manière à ce qu'un pansement à l'iodoforme recouvrît bien complètement tout le champ opératoire.

Le malade fut laissé trente jours sous ce pansement. La guérison était complète quand ce dernier fut enlevé. Des mouvements existaient dans la néarthrose. Le membre opéré a perdu 4 centimètres et demi de sa longueur.

Depuis deux mois le malade est resté dans le service de M. Le Dentu, pour y être soumis à une électrisation régulière. Aujourd'hui on peut constater que la néarthrose jouit de mouvements suffisamment étendus, et qu'elle a de la solidité. Le malade peut fléchir à peu près entièrement les trois phalanges des doigts. Il rapproche le pouce des autres doigts, plutôt par adduction que par une véritable opposition. La flexion de la deuxième phalange du pouce sur la première ne se fait pas encore très bien, mais il est à présumer que peu à peu ce mouvement deviendra exécutable. La préhension est possible, mais elle ne peut s'exercer que sur des corps d'un poids médiocre (une assiette, un verre).

L'opération est encore trop récente pour que les mouvements et la contractilité musculaires n'acquièrent pas une plus grande puissance.

3° *Ostéome diffus des os de la face. — Résection partielle par fragments. — Guérison et diminution de volume consécutive de l'ostéome,*

Par M. Le Dentu.

Le malade, âgé de 37 ans, présentait, de chaque côté du nez, une saillie oblique, correspondant aux branches montantes des maxillaires supérieurs. Les narines étaient obstruées. La respiration était difficile. La déformation de la face était déjà assez prononcée pour empêcher le malade de se placer. M. Le Dentu se décide à lui faire une résection partielle des os hypertrophiés.

L'opération, pratiquée le 16 février 1887, a commencé par une incision en fer à cheval, dans le genre de celle d'Ollier pour l'extirpation des polypes naso-pharingiens.

Une fois le nez rabattu, on enleva d'abord les deux os nasaux, en ménageant la cloison, puis, avec la gouge, le ciseau et le maillet, on réséqua par fragments tout ce qu'il fallait pour régulariser la face ; mais comme l'hypertrophie diffuse du squelette s'étendait jusqu'à la tubérosité postérieure et que les deux maxillaires supérieurs ; transformés en une substance déjà très dure, formaient, ainsi que l'ethmoïde et les cornets, une masse compacte, pour éviter une mutilation trop considérable, M. Le Dentu se contenta d'une résection partielle, limitée aux os propres du nez, aux apophyses montantes des maxillaires et à la partie antérieure des cornets.

Le nez fut remis à sa place et suturé.

Les suites de l'opération furent très simples, grâce au tamponnement avec l'iodoforme.

Aujourd'hui, un an après, le résultat est encore meilleur. Le nez s'est affiné, la respiration nasale, encore gênée après l'opération, est tout à fait libre des deux côtés. L'ensemble de ces constatations permet d'affirmer que l'ostéome diffus des os de la face peut être avantageusement traité *au moyen d'opérations partielles*, et que ces opérations, loin de provoquer un accroissement plus rapide du tissu osseux, amènent à la longue *un certain degré d'atrophie* des masses déjà formées. Les grands délabrements sont donc à éviter, autant que possible.

Présentation de pièce.

Salpingite catarrhale,

Par M. Terrillon.

M. Terrillon présente une pièce anatomique comprenant les deux trompes et les deux ovaires enlevés par la laparotomie.

Les trompes étaient oblitérées du côté du pavillon, grosses comme le pouce, bosselées et adhérentes au bassin et à l'ovaire par des fausses membranes rouges.

La gauche occupait le cul-de-sac de Douglas.

La droite était située très haut derrière le pubis.

Les deux ovaires étaient gros, surtout le droit, bosselés, kystiques et recouverts de fausses membranes.

Dans les trompes on trouvait une hypertrophie de la muqueuse et du muco-pus, sans bacilles de la tuberculose ni gonococcus évident.

L'ablation fut facile et peu sanglante.

Trois sutures avec du fil de soie assurèrent l'hémostase de chaque côté.

La malade, âgée de 32 ans, souffrait depuis six ans dans les deux côtés du ventre. Elle perdait de temps à autre, après avoir souffert pendant quelques jours, du liquide séro-purulent, sortant dans le vagin par le col utérin. Ce liquide fut examiné au microscope, il y a un mois.

Enfin, la malade maigrissait depuis six mois et avait de la fièvre hectique avec frissons, sueurs et autres troubles. Il était donc nécessaire d'enlever les parties malades. (Après huit jours, la malade pouvait être considérée comme guérie.)

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

Ch. Monod.

Séance du 22 février 1888.

Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Des lettres de MM. DELORME, PICQUÉ, BRUN, G. MARCHANT, se portant candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante ;

3° Une lettre de M. le Président de la *Société d'hydrologie médicale*, relative à la discussion du 8 février dernier, à propos du rapport de M. RECLUS sur une communication de M. le Dr GRIMAUD;

4° *Contribution à l'étude des fractures indirectes de la base du crâne*, par le Dr E. VINCENT, professeur à l'École d'Alger, mémoire récompensé par la Société de chirurgie en 1886 ;

5° Deux observations : l'une de *réparation du pouce par autoplastie;* l'autre de *lipome vasculaire de la bourse de Bichat*, par M. le Dr DESMONCEAUX, médecin-major de l'armée (Commissaire : M. Berger);

6° *Traité de chirurgie de guerre*, tome Ier, par M. le Dr DELORME, professeur à l'École du Val-de-Grâce. Ce premier volume contient : l'histoire de la chirurgie militaire en France ; la description des armes et des projectiles de guerre ; les lésions des parties molles ;

7° *Écoulement par le nez du liquide céphalo-rachidien*, par le Dr SALESSES, médecin-major de Tarbes (Commissaire : M. Tillaux).

A propos de la Correspondance.

M. LE PRÉSIDENT, à propos de la lettre de M. le Président de la Société d'hydrologie, qui a été lue à la Correspondance, émet

l'avis que cette lettre soit mentionnée, mais non insérée dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie*. La Société ne voulant ni ne pouvant s'ériger en censeur de l'opinion exprimée individuellement par chacun de ses membres, ne saurait admettre les rectifications portant sur ce qui a pu être dit par l'un d'eux.

Il fait remarquer, d'ailleurs, que dans la discussion à laquelle il est fait allusion, M. Reclus a suffisamment mis hors de cause l'honorabilité des médecins d'eaux minérales, et particulièrement celle du distingué confrère dont le travail a été l'origine de l'incident.

Il propose donc à la Société de passer à l'ordre du jour.

M. Trélat croit que M. le Président pourrait écrire au bureau de la Société d'hydrologie, pour lui faire comprendre pourquoi sa lettre ne sera pas insérée dans le *Bulletin*.

L'honorabilité des médecins des eaux n'est pas mise en question, mais il est incontestable que toutes les stations hydro-minérales sont dans une situation délicate, parce qu'à côté des médecins il y a une entreprise commerciale, et qu'une approbation trop marquée de notre part du travail de l'un d'eux peut être reprise et exploitée par cette entreprise.

M. Lannelongue, ayant appris que quelques journaux lui ont fait dire qu'il avait accusé les médecins des stations thermales de faire de la réclame, croit devoir protester contre cette imputation. Il lit, à cet effet, la note suivante, dont il demande l'insertion au procès-verbal :

« A propos d'un mémoire sur l'efficacité des eaux de Barèges dans la tuberculose osseuse, par M. Grimaud, certains journaux de médecine m'ont fait dire que j'ai traité de réclame ce travail; je viens protester contre une assertion que je n'ai pas exprimée, et qu'à plus forte raison je n'ai pas étendue aux travaux émanant des stations thermales, quelles qu'elles soient. Les médecins des stations thermales ne sauraient être séparés dn reste du corps médical, lorsqu'il s'agit de l'estime que nous nous devons mutuellement; personnellement, je me félicite de compter de nombreux amis parmi eux, et j'ai une assez large confiance dans les eaux minéro-thermales pour en parler longuement dans mes écrits, dans mon enseignement à la Faculté, pour y envoyer de nombreux malades et jusqu'aux miens les plus chers.

« Mais j'ai cru pouvoir avancer ici, sans blesser ni discréditer personne, que la Société de chirurgie devait s'adonner de préférence aux questions chirurgicales et ne pas solliciter des travaux qui me paraissent relever principalement de l'Académie de médecine et de la Société d'hydrologie.

« N'y aurait-il pas à craindre, en effet, comme cela est arrivé il y a quelques années, je m'en souviens, que les stations étrangères ne vinssent aussi réclamer un jugement sur des mérites d'eaux étrangères que nous ne pourrions apprécier sans contrôle suffisant? Telles sont les réserves que j'ai exprimées dans cette enceinte. »

M. Després fait remarquer que le procès-verbal de la séance du 18 février est conçu dans des termes qui ne motivent aucunement la réclamation de M. le Président de la Société d'hydrologie. Il propose donc que l'on se borne à donner à ce dernier acte de l'envoi de sa lettre.

M. Terrier ne comprend pas qu'une rectification puisse être demandée à un procès-verbal dont la publication officielle n'a pas encore eu lieu. Le compte rendu de la séance à laquelle il est fait allusion dans la lettre du Président de la Société d'hydrologie n'a encore été donné que par les journaux médicaux, qui n'engagent aucunement la Société de chirurgie.

M. Terrier ne s'explique pas davantage la note de M. Lannelongue, qui aurait dû, selon lui, être adressée aux journaux auxquels elle répond. Il n'y a rien, dans le procès-verbal adopté en séance, qui la motive.

Sur la proposition de M. le Président, la Société décide qu'il n'y a pas lieu de prolonger l'incident et passe à l'ordre du jour.

Suite de la discussion sur la maladie kystique de la mamelle.

M. le Président demande à la Société de vouloir bien donner un tour de parole de faveur à M. le Dr Brissaud, médecin des hôpitaux et agrégé de médecine, qui demande à être entendu au sujet de l'anatomie pathologique de la maladie kystique du sein.

M. Brissaud. Les faits que je viens vous exposer résultent de l'examen de cinq cas de maladie kystique des mamelles.

Je dirai tout d'abord que le microscope n'a fait que confirmer de tout point la nature de la lésion constatée à l'œil nu. On sait que la maladie décrite par M. Reclus consiste dans une formation de kystes dont le diagnostic clinique ne peut être fait que par la ponction aspiratrice au moyen de la seringue de Pravaz. Là où l'on soupçonnait l'existence d'une tumeur, il n'existe que des kystes. Mais ce qui est particulier, c'est que, dans toutes les parties de la

mamelle qui semblaient saines, il existe une quantité innombrable de petits kystes dont la palpation n'avait pas pu faire soupçonner la présence. Le tissu de la glande est d'ailleurs normal en dehors de cette formation kystique. Les kystes sont de dimension très variable, depuis celle d'un œuf de pigeon et même davantage jusqu'à celle d'un grain de millet et au-dessous. Leur répartition topographique est variable; cependant ils sont accumulés en plus grand nombre à la périphérie.

Le microscope démontre que presque tous les acini, dans les portions saines en apparence, sont occupés par des dilatations kystiques dont le volume est lui-même variable dans un seul et même acinus. C'est une question de degré, dont la pathogénie est difficile à déterminer, mais qui ne peut être imputée à un processus de rétention analogue à celui du galactocèle, vu l'inégalité des kystes dans un acinus envisagé isolément. Le tissu interstitiel ou périacineux est normal.

Comme rien n'est plus fréquent que les formations kystiques dans toutes les variétés de tumeurs mammaires, je me suis évertué à rechercher dans tous les points des glandes examinées les altérations caractéristiques du fibrome kystique, de l'adénome kystique, etc., mais en vain. Tout au plus existe-t-il à la périphérie des kystes les plus volumineux une condensation du tissu interstitiel qui ne peut être rapportée qu'à la compression. Donc, et encore une fois, tout se borne à une production de kystes, et le nom de *maladie kystique* est pleinement justifié.

En ce qui concerne la nature des kystes, il existe une identité singulière entre leur contenu ou leur revêtement épithélial et ce qu'on observe dans les kystes ovariques. Toutes les colorations et toutes les consistances possibles du contenu ont été observées; il en est de même des variétés morphologiques de l'épithélium, qui sont représentées par toute la série des types connus, sauf le type cylindrique à cils vibratiles.

Ce n'est pas seulement dans les acini que l'activité épithéliale se manifeste; on la constate aussi dans les conduits galactophores jusqu'au voisinage du mamelon, mais à un bien plus faible degré.

La question de pronostic, en présence d'une maladie de ce genre — qui est, en somme, un épithélioma intra-acineux — est d'importance capitale. Deux fois les ganglions axillaires ont été examinés au microscope : les résultats ont été négatifs. D'ailleurs, dès l'ablation de ces ganglions, on n'avait observé aucune altération de leur forme, de leur couleur, ni de leurs dimensions normales. Dans un cas seulement, j'ai cru remarquer, dans les lacunes du tissu interstitiel péri-acineux de la mamelle, une accumulation d'éléments assez nettement différenciés pour permettre de supposer un commence-

ment d'envahissement du stroma glandulaire par le tissu épithélial. J'ai voulu, sur ce point, avoir l'avis de M. Malassez, qui, sans se prononcer, m'a simplement répondu qu'il y avait lieu de se méfier.

En somme, les productions kystiques dont il s'agit et qui semblent caractériser une maladie nouvelle ne sont pas un fait anatomo-pathologique isolé. Il y a des mamelles kystiques comme il y a des ovaires kystiques, des reins kystiques, etc. Tous les épithéliums glandulaires peuvent être le point de départ de processus analogues. Il n'est pas jusqu'à l'estomac qui ne présente des lésions identiques dans une forme de polypose gastrique généralisée dont j'ai donné récemment une description. Dans ce dernier cas, comme dans celui de certaines maladies kystiques des reins et surtout des ovaires, les kystes constituent la seule et unique lésion, et il ne faut pas en chercher le point de départ dans la coexistence ou l'existence préalable d'une tumeur antérieure en date ou concomitante.

M. Quénu. Il me paraît démontré que la maladie de la mamelle décrite par M. Reclus sous le nom de : *Maladie kystique de la mamelle*, a son individualité propre. Quelles que soient les idées que nous pourrons émettre sur sa nature, nous sommes en présence d'un groupe symptomatique, qui mérite une description et un cadre à part. Je sais gré, d'un autre côté, à M. Reclus qu'il n'ait pas cédé à la tentation d'emprunter sa dénomination à l'anatomie pathologique; il eût été obligé de se rallier à l'épithéliome kystique, ce qui me paraît discutable; le terrain qu'il a choisi est plus solide et le laisse à l'abri des controverses, qui ne peuvent manquer de porter sur la nature essentielle de la maladie kystique.

Aussi, est-ce bien sur ce côté du problème et sur l'interprétation des données anatomo-pathologiques que je désire faire porter ma discussion.

J'ai été à même de vérifier, dans un cas, l'exactitude de la description des lésions, telle que l'a faite M. Brissaud dans les *Archives de physiologie* et telle qu'il vient de vous l'exposer. J'ai recueilli les pièces sur une malade, entrée au mois de septembre dernier dans le service de M. Duplay, que je suppléais :

La malade, Mme R... (Héloïse), âgée de 33 ans, était entrée à l'hôpital Beaujon pour une tumeur du sein droit dont l'existence remontait à près de neuf ans.

Après un premier accouchement normal et une courte tentative d'allaitement (quinze jours), la malade eut un abcès aux deux seins; la suppuration dura près de trois mois; c'est alors qu'elle remarqua, à la

partie supérieure et externe de la mamelle droite, une petite grosseur non douloureuse du volume d'une bille.

Vingt mois après, Mme R... accoucha de nouveau et allaita sans accident pendant huit mois; la tumeur se mit à augmenter.

Moins d'un an après, nouvelle grossesse, nouvelle augmentation de la tumeur mammaire, puis une quatrième grossesse est suivie d'une nouvelle poussée mammaire. Enfin, au mois de juin dernier, la malade accoucha pour la cinquième fois; elle ne nourrit pas. Dès la fin du premier mois, le sein gauche a repris son volume ordinaire; le sein droit, au contraire, est resté plus gros qu'il n'a jamais été.

Actuellement, on peut encore, des deux côtés, faire sourdre du lait par le mamelon. Le sein gauche a la consistance granuleuse que possèdent les mamelles quelque temps après un accouchement, on n'y découvre pas de tumeur véritable. Le sein droit est occupé par une tumeur arrondie, faisant saillie surtout en dehors du mamelon; cette tumeur se compose de bosselures rénitentes, élastiques, dont quelques-unes, assez volumineuses, sont très superficielles sous la peau; d'autres, plus petites et plus dures, sont rejetées à la périphérie; l'ensemble est mobile sur le grand pectoral; la peau, très mobile à la périphérie, se laisse moins facilement plisser à la partie antérieure.

Le mamelon est un peu rejeté en dedans et légèrement étalé. Aucune adénopathie axillaire. Les symptômes subjectifs sont peu accentués, la pression seule paraît réveiller un peu de sensibilité. En raison de l'accroissement notable de la tumeur, je décide la malade à subir une intervention.

Il est impossible de songer à isoler la tumeur de la mamelle; celle-ci est enlevée en totalité. La malade sortit guérie vingt jours après.

Immédiatement après l'opération, nous examinons la pièce: une coupe, faite au bistouri, vide les trois ou quatre grands kystes (ils avaient le volume d'un œuf de pigeon environ) de leur contenu, il s'écoule du lait ayant manifestement l'odeur de lait aigre; nous constatons alors que toute la mamelle a subi la dégénérescence kystique, qu'il n'y a pas véritablement tumeur, mais infiltration par des petits kystes; la mamelle est comme affaissée et, n'étaient les cavités des gros kystes, se rapprocherait d'une mamelle en lactation normale. La plupart des gros kystes communiquent les uns avec les autres, des cloisons incomplètes les séparent. Çà et là, on voit à la face interne de leurs parois de petits bourgeons hémisphériques, sessiles, de consistance ferme, de couleur blanc grisâtre, de volume variable, depuis celui d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une noisette.

Nous avons pratiqué l'examen microscopique sur les préparations qui nous ont été remises par M. Hyal. Nous avons constaté qu'il existait un stroma fibreux adulte, exempt en général de toute trace d'inflammation; abondant en certains points, il se réduit dans

d'autres à quelques tractus inter-aciniens; çà et là, on observe quelques îlots de cellules rondes. Le stroma fibreux est traversé par des conduits glandulaires dilatés et tapissés d'épithélium cubique. A l'extrémité de ces conduits kystiques sont appendus des groupes d'acini présentant une lumière centrale notable et tapissés d'épithélium cubique : ce sont de véritables petits kystes en miniature. Ailleurs, les bourgeons cellulaires sont pleins et ne laissent au milieu du tube aucune lumière. On peut considérer comme intermédiaires les dispositions où on aperçoit un bourgeon plein partant d'une cavité kystique minime. En quelques endroits, les cellules sont superposées et paraissent subir une évolution graisseuse analogue à celle d'une mamelle normale en lactation. Notons encore que quelques acini sont enveloppés d'une zone fibreuse circulaire assez épaisse.

Malgré la brièveté de cette description, qui tient au petit nombre de préparations que nous avons eues entre les mains, il est facile de voir que nos observations se rapprochent de celles de Brissaud par plus d'un point. Nous n'avons pas, il est vrai, observé de couche épithéliale à cellules cylindriques, cela tient probablement à ce que les coupes qui nous ont été remises n'ont pas porté sur les grands kystes et c'est à la surface de ceux-ci que Brissaud les mentionne.

J'arrive à l'interprétation qu'il est possible de tirer des données anatomo-pathologiques, telles qu'elles sont présentées par M. Brissaud lui-même, et, je le répète, elles me paraissent très exactement présentées et très clairement figurées dans les planches qui accompagnent son mémoire dans les *Archives de physiologie*.

M. Brissaud conclut en disant « que la grande abondance des kystes, jointe à toutes les variétés d'altération d'épithélium, permet de classer l'affection dont il s'agit dans la catégorie des épithéliomes kystiques; il les rapproche des épithéliomes kystiques de l'ovaire et du testicule. »

M. Malassez, comme M. Brissaud, considère également la maladie kystique comme un néoplasme épithélial, ils disent tous deux, pour conclure, aux cliniciens : Défiez-vous, il s'agit d'une tumeur épithéliale, elle peut évoluer comme une tumeur maligne.

Or, les observations cliniques n'ont pas justifié les craintes de ces deux observateurs.

Des malades ont conservé vingt-cinq et trente ans leurs mamelles kystiques sans que les ganglions axillaires se soient pris, sans qu'aucun caractère de malignité ait apparu. D'autre part, les récidives post-opératoires sont exceptionnelles, si tant est qu'elles aient été observées.

Mais, bien plus, l'observation histologique elle-même ne me semble pas plaider en faveur de l'épithéliome; a-t-on vu des formes

intermédiaires à l'épithéliome kystique et au carcinome alvéolaire sur une même pièce, comme cela a été observé dans certaines productions kystiques de l'ovaire? Peut-on se baser sur une seule observation l'observation XII de la thèse de Sourice, pour admettre cette transformation maligne, alors que, comme détails histologiques, on nous dit seulement que beaucoup de conduits glandulaires, remplis d'épithélium, ont perdu leur forme naturelle, et que l'épithélium proliféré tend à se répandre dans le tissu fibreux ; alors, surtout, qu'il est mentionné que, dans la cicatrice, il s'est produit un petit grain dur, mais qu'il a son siège dans les acini périphériques de la glande, *échappés à l'extirpation? Ce petit grain a débuté un an après l'opération et s'est maintenu tel quel sans augmenter.*

En général, l'état du tissu conjonctif interstitiel n'est pas sans donner de précieuses indications sur la nature et sur l'évolution des néoplasmes.

Or, ce tissu interstitiel ne ressemble en rien à celui des épithéliomes, et à celui des épithéliomes ovariques en particulier. Le tissu interstitiel est sain, c'est là un point sur lequel Brissaud insiste lui-même à plusieurs reprises et « c'est toujours un parenchyme, presque normal en apparence, qui constitue la totalité de la glande ». Il est évident que la seule donnée en faveur de l'épithéliome glandulaire est ce travail de prolifération épithéliale qui part des culs-de-sac glandulaires, mais justement quel contraste entre cette infiltration épithéliale et l'évolution de la maladie kystique !

Il n'est pas démontré que tout bourgeonnement épithélial soit un indice de néoplasme, et nous verrons peut-être à lui donner une autre signification.

Je ne m'arrêterai pas longtemps à l'idée de rapprocher la maladie kystique de l'adénome ou du fibrome ; alors il s'agirait d'un adénome diffus? ou d'un fibrome diffus? car Brissaud vient de vous le répéter, *il n'y a pas de tumeur* dans la maladie kystique, il n'y a que des kystes infiltrés partout. Le fibrome diffus, tel qu'il a été décrit par Virchow, semble comporter plusieurs états différents de la mamelle, et porter en tout cas spécialement sur le tissu interstitiel. Plus logique peut-être serait le rapprochement de la maladie kystique, sinon avec les kystes par rétention, dus à la végétation endocanaliculaire, décrits par MM. Labbé et Coyne, du moins avec les kystes par rétraction cicatricielle signalés par Virchow et dont MM. Labbé et Coyne nous donnent deux belles figures, mais ce ne sont là que des rapprochements.

En résumé, la maladie kystique ne trouve pas facilement sa place dans le cadre des tumeurs (tumeurs signifiant néoplasmes).

Est-on plus autorisé à y voir une mammite chronique ? si on veut parler d'une mammite chronique interstitielle vulgaire, je ne le crois pas, et je pense que M. Phocas range à tort dans les mammites chroniques simples trois observations d'une affection qu'il appelle tumeurs noueuses du sein et dont il ne possède pas, du reste, d'examen histologique. Néanmoins, si, avec tous les histologistes, je me refuse à faire de la maladie kystique une mammite chronique *ordinaire*, je suis tenté de faire jouer à l'inflammation un rôle important dans sa pathogénie ; mais il me paraît nécessaire d'ajouter que l'irritation inflammatoire ne porte que secondairement sur le tissu conjonctif; qu'elle porte primitivement, au contraire, sur l'épithélium mammaire ; qu'il s'agit, en un mot, de ces scléroses que Charcot a si bien dénommées cirrhoses épithéliales, pour avertir que l'irritation épithéliale est le fait capital et primitif.

Qu'il y ait dans la maladie kystique de la mamelle un processus de sclérose, le fait n'est pas douteux, et il nous suffit, pour le prouver, de suivre pas à pas la description de Brissaud. En effet, à côté d'acini kystiques ou d'acini remplis de cellules épithéliales, ne décrit-il pas des grains fibreux sensibles à la palpation, visibles à l'œil nu sur les coupes. « Ces grains fibreux, dit-il, sont formés par une réunion d'acini dont les lumières sont rétrécies au point d'être devenues linéaires ou punctiformes. Dans un lobule ainsi constitué, on ne trouve plus qu'une série de cercles fibreux épais, etc. » Ces lésions ne nous montrent-elles pas qu'à un moment donné un processus irritatif s'est produit dans le tissu conjonctif *au contact même des acini?*

De même Brissaud note l'épaississement, jusque dans le mamelon de la paroi, des conduits galactophores ; « cette paroi est infiltrée de noyaux abondants, » et « on voit dans la paroi une multiplication plus ou moins profuse de cellules arrondies de petites dimensions et munies d'un gros noyau ».

Brissaud revient plus loin sur l'état du tissu conjonctif qui « encercle les acini dans une série de lames cellulo-fibreuses. Dans les espaces laissés libres par ces cercles cotangents, sont accumulés des éléments en travail de prolifération active. Là peut-être sont des capillaires sanguins dont *la sclérose périacineuse a fait disparaître la lumière* ». M. Brissaud admet donc que si, en dehors des lobules, le tissu conjonctif interstitiel est sain, dans la région des lobules, il y a de la sclérose.

Processus irritatif du côté de l'épithélium acineux.

Sclérose périacinienne.

Formation de kystes.

Telles sont les lésions qui ressortent des descriptions anatomiques, et si on m'objecte que l'infiltration cellulaire est peu abon-

dante, je puis répondre qu'elle existe dans certains, points, et que, de plus, l'évolution de la maladie est essentiellement lente. La néoformation de bourgeons épithéliaux s'explique aussi bien dans l'hypothèse d'une cirrhose épithéliale que dans celle d'un néoplasme. On sait en effet que dans ces cirrhoses, qu'on peut créer expérimentalement en liant les conduits excréteurs de certaines glandes, il se produit des altérations de l'épithélium et même de véritables néoformations épithéliales qui précèdent la phlegmasie conjonctive. Il est intéressant de noter que chez l'homme, et non plus dans les expériences, ces processus s'effectuent lentement et *par poussées*, et qu'on peut retrouver comme phases terminales du processus les deux altérations que note Brissaud dans la mamelle :

1° Le nodule scléreux, ayant un canalicule glandulaire pour centre;

2° La formation kystique.

L'irritation épithéliale est donc pour nous le point de départ de la maladie kystique ; nous ne savons quel en est l'agent, mais nous ne pouvons pas passer sous silence que, dans plusieurs observations, et dans la nôtre, des abcès du sein ont précédé l'apparition de la maladie. En résumé, dans la maladie kystique du sein, il n'y a pas de néoplasme, il s'agit vraisemblablement d'une lésion irritative portant primitivement sur l'épithélium, et le terme de *cirrhose épithéliale kystique du sein* nous paraît celui qui caractériserait le mieux anatomiquement la maladie de Reclus.

M. Nélaton. A l'appui de la manière de voir de M. Reclus, je rapporterai le fait suivant : j'ai vu l'an passé une femme de 40 ans environ, ayant, dans les deux mamelles, de petites nodosités développées depuis deux ans.

Dans la mamelle gauche, une palpation attentive permettait de reconnaître une tumeur se présentant sous forme d'une plaque grenue enchâssée au milieu de la glande mammaire. L'exploration de cette tumeur permettait d'y reconnaître la fluctuation et la pression exercée pendant cet examen faisait sourdre par le mamelon quelques gouttes d'un liquide séreux brunâtre.

Dans le sein droit, on sentait deux petites tumeurs dures, mobiles, du volume d'une noisette.

M. Reclus, auquel j'adressai cette malade, porta le diagnostic de maladie kystique de la mamelle et démontra l'exactitude de son opinion. Car, ayant fait plusieurs ponctions dans chacune de ces tumeurs avec la seringue de Pravaz, il les vida, et celles-ci s'affaissèrent au point qu'il fut dès lors difficile de reconnaître la place qu'elles avaient occupée.

M. P. Segond. Dans notre dernière séance, je vous ai dit, à

propos de la malade dont la présentation a servi de point de départ à notre discussion actuelle, que la tumeur du sein droit, enlevée par moi, le 13 mai 1886, m'avait offert tous les symptômes classiques d'une tumeur adénoïde. — Je tiens à compléter mes renseignements en vous donnant aujourd'hui les caractères macroscopiques de la tumeur après ablation, tels que je les ai relevés sur mes notes. J'y tiens d'autant plus que ces caractères macroscopiques démontrent qu'il s'agissait bien d'une maladie kystique des mamelles, telle que la comprend notre collègue M. Reclus.

Ayant porté le diagnostic de *tumeur bénigne*, je m'étais contenté d'une amputation partielle du sein. Or, pièce en main, voici quelles ont été mes constatations :

Ce que je croyais être une *tumeur* au sens propre du mot, n'était qu'une agglomération de kystes plongés dans une gangue offrant tous les caractères extérieurs du tissu mammaire normal. Ces kystes, dont les plus gros dépassaient à peine les dimensions d'un grain de raisin, étaient tous fort durs au toucher, grâce à leur surdistension par un liquide brunâtre. Très rapprochés les uns des autres, ils formaient comme une grappe unique, au niveau du point qui donnait à la palpation sensation de tumeur, puis, dans les tissus environnants, ils étaient disséminés sans aucun ordre et fort espacés les uns des autres. Après les avoir ponctionnés et vidés, il ne m'est plus resté dans la main que la gangue souple et molle dans laquelle ils étaient emprisonnés et, comme je l'ai dit il y a un instant, cette gangue offrait, à la vue, tous les caractères du tissu mammaire normal.

Une grappe de raisins noirs, quelques grains isolés et disséminés autour d'elle, le tout enchâssé dans une mamelle souple et saine, tel était en un mot l'aspect significatif des tissus dont j'ai pratiqué l'ablation.

M. Reynier. Messieurs, à l'occasion de la présentation faite par M. Reclus, dans la dernière séance, d'une malade atteinte de ce qu'il a désigné sous le nom de maladie kystique, je tiens à faire quelques remarques à la Société :

Sous ce nom de *maladie kystique*, M. Reclus, dans son intéressant travail, paru en 1883 dans la *Revue de chirurgie*, a décrit une affection, qui serait, d'après lui, caractérisée cliniquement par la présence de plusieurs kystes disséminés dans le tissu de la glande, et siégeant le plus souvent dans les deux seins. Multiplicité et bilatéralité sont les caractères qu'il donne, et que donnent surtout ses élèves, MM. Brissé de Saint-Macary et Sourice (*Thèses de Paris* 1884 et 1887) comme pathognomoniques de cette affection, que les examens histologiques de M. Brissaud devraient faire rentrer dans la classe des épithéliomas.

M. Reclus et ses élèves attachent une si grande importance à ces deux caractères, que, lors même qu'on ne perçoit pas ou qu'on n'a pas perçu de fluctuation, et qu'on ne s'est pas assuré de la présence du liquide par une ponction, ils n'hésitent pas à regarder, comme appartenant à l'histoire de la maladie kystique, toute observation dans laquelle on a trouvé des tumeurs multiples dans les deux seins.

M. Trélat, dans la dernière séance, a déjà fait remarquer que ces deux caractères avaient été donnés pour distinguer les tumeurs dites adénoïdes. C'est Cruveilhier qui, dans son remarquable mémoire, lu à l'Académie de médecine (1843-44), le premier insista sur cette multiplicité et cette bilatéralité que présentaient souvent, d'après lui, les tumeurs fibreuses. Comme M. Reclus le fait aujourd'hui pour sa maladie kystique, Cruveilhier considérait alors ces deux caractères comme suffisants pour porter le diagnostic de tumeurs fibreuses. Dans son atlas d'anatomie pathologique, on trouve l'observation d'une femme chez laquelle, grâce à ces deux signes, il avait fait pendant la vie le diagnostic de tumeurs fibreuses ; l'examen anatomique confirma le diagnostic.

Cette année, pareil fait s'est présenté à moi. Mais, moins heureux que Cruveilhier, et, tout fraîchement imbu du mémoire de M. Reclus, je crus avoir affaire à une maladie kystique ; je trouvai des tumeurs fibreuses. L'observation est intéressante pour montrer la difficulté du diagnostic.

Il s'agit d'une femme de 35 ans, qui vint me consulter, au mois de mars 1887, pour des tumeurs multiples siégeant dans les deux seins.

Très névropathe, cette femme n'avait eu comme maladie antérieure, qu'une bronchite un peu suspecte vers l'âge de 20 ans. Elle avait, à cette époque, craché du sang. Depuis, elle ne toussait plus, et se considérait comme jouissant d'une bonne santé, à part son affection du sein.

Aucun accident héréditaire. Deux grossesses, l'une dix ans auparavant, l'autre il y a huit ans. Ses deux enfants sont bien portants.

Elle a nourri ses deux enfants. Au premier allaitement, il se forma un abcès au sein gauche, abcès qui s'ouvrit spontanément. Au bout de quinze à vingt jours de souffrance, il persista à la suite une petite grosseur du volume d'une noisette.

Le second allaitement se fit deux ans après, sans accident. Pendant six ans, la petite tumeur, suite de l'abcès, resta stationnaire. Pendant ce laps de temps, il persista un léger suintement de lait par les deux mamelons, s'écoulant à la pression.

Il y a deux ans, la tumeur se mit à grossir. La sécrétion lactée cessa à cette époque.

Des douleurs se firent ressentir au moment des règles principalement dans le sein gauche.

Il y a un an, le côté droit devint douloureux. Les douleurs, toujours plus vives et bilatérales au moment des règles, continuèrent. Les règles étant très rapprochées, se reproduisant tous les vingt jours, la malade souffrait tout le temps. Elle comparait ses souffrances à celles que les femmes éprouvent au moment de la montée du lait lorsqu'elles vont donner le sein. Il lui semblait qu'on comprimait très fort ses deux seins.

A l'examen, à droite, on constata à la partie inférieure de la glande une petite tumeur dure, nullement rénitente, sans adhérence à la peau ni aux parties profondes.

A gauche, à la partie externe du sein, existait une tumeur, qui était la tumeur primitive.

Cette tumeur siégeait en plein tissu mammaire. En appliquant le sein contre la paroi thoracique, on se rendait compte de ses dimensions et de ses caractères.

Elle était dure, non fluctuante, de la grosseur d'une noix, difficile à limiter. En plein tissu mammaire, on sentait autour trois ou quatre autres tumeurs plus petites difficilement isolables.

La palpation était douloureuse. Dans les deux aisselles existaient des ganglions qui n'étaient pas durs, et n'avaient pas de caractères très nets. A la pression, rien ne s'écoulait par le mamelon.

Devant ces symptômes, je portai le diagnostic de tumeurs adénoïdes. Frappé par la multiplicité et la bilatéralité des tumeurs, je crus avoir affaire à ce que M. Reclus a décrit sous le nom de maladie kystique. Je n'avais pas, il est vrai, la sensation de fluctuation, qui pût lever tous mes doutes sur l'existence d'un kyste; mais je me rappelais que M. Reclus fait remarquer qu'il est très rare qu'on perçoive cette fluctuation lorsque les kystes ne sont pas plus gros; il insiste même sur la dureté que présentent ces kystes, qu'on prend, d'après lui, presque toujours pour des tumeurs solides.

Ayant fait ce diagnostic, je proposai à la malade l'ablation d'une large partie de la mamelle gauche, et de la portion de la mamelle droite qui contenait la tumeur que j'y percevais.

La malade accepta. L'opération telle que je l'avais proposée fut faite.

Au lieu de trouver, comme nous nous y attendions, des kystes, nous tombons sur un tissu mammaire ferme, résistant, criant sous le bistouri et sur des tumeurs fibreuses nullement kystiques, qui s'énucléaient du tissu mammaire comme des fibromes du tissu utérin. Ces tumeurs étaient en plein tissu mammaire. Autour, ce tissu était rempli de petites tumeurs fibreuses blanches, arrondies, de même nature, les unes grosses comme un pois, les autres grosses comme des grains de millet. Nous pûmes en énucléer une dizaine. Mais, ce travail de patience n'étant pas possible, et devant, à notre avis, donner un mauvais résultat, nous enlevâmes presque la totalité de la mamelle, qui se transformait ainsi en corps fibreux multiples. Ce que nous laissions paraissait du tissu mammaire normal.

A droite, nous enlevons une tumeur analogue entourée d'un tissu mammaire contenant trois ou quatre petites tumeurs du volume d'un

pois. A tort, et ce dont nous nous sommes repentis depuis, nous avons reculé devant l'ablation complète de la mamelle, la malade n'ayant pas été prévenue.

Devant l'apparence bénigne des tumeurs, nous ne touchâmes pas aux ganglions de l'aisselle.

Les suites de l'opération furent très bénignes. Du côté gauche, la réunion immédiate, profonde et superficielle, se fit sans suppuration dans les huit jours qui suivirent.

Du côté gauche, par le fait de la difficulté de la compression, un peu de stagnation de sérosité se fit; à la suite, un peu de suppuration nous obligea à défaire les sutures. Au bout de huit jours, tout était terminé.

Je viens d'avoir tout récemment des nouvelles de la malade, que j'ai vue en janvier 1888, c'est-à-dire dix mois après son opération.

Du côté gauche, les choses sont restées dans le même état depuis l'opération. On ne sent aucune tumeur dans le peu de mamelle que j'ai laissé. Les ganglions n'ont pas augmenté de volume, mais n'ont pas disparu dans l'aisselle gauche.

A droite, on sent deux ou trois petites tumeurs, grosses comme une petite noisette, dans le sein que j'avais respecté en grande partie.

Les ganglions dans l'aisselle sont un peu plus nombreux (quatre ou cinq sont constatés par la palpation), de la grosseur d'une petite noisette, mais ils ne sont pas durs et paraissent de nature inflammatoire.

Au moment des règles, les ganglions des deux aisselles et les tumeurs du sein droit deviennent douloureux ainsi que la cicatrice.

Ces douleurs s'irradient dans le dos, dans les deux épaules, dans les bras.

Il y a deux mois, elle m'avait écrit pour m'annoncer l'apparition de ces nouvelles tumeurs. Je lui avais conseillé de prendre 1 gramme d'iodure de potassium par jour.

Elle prétend que, sous l'influence de ce traitement, les grosseurs et les ganglions ont diminué de moitié, et ses douleurs sont moins vives.

Voici maintenant le résultat de l'examen histologique fait par mon interne, M. Lyot.

Toutes ces tumeurs appartenaient au type histologique des fibromes fasciculés, avec zones concentriques.

Sur des coupes, que je fais passer sous les yeux des membres de la Société, on voit des faisceaux de tissu fibreux coupés les uns suivant leur longueur, les autres perpendiculairement à leur direction. Au milieu de ce tissu fibreux (péricanaliculaire), les canaux galactophores sont agrandis. Sur des coupes différentes, pratiquées sur la même tumeur, on peut suivre leur déformation progressive.

Les uns, et ce sont les plus nombreux, tout en s'agrandissant, ont conservé leur forme et sont régulièrement cylindriques. Les contours des autres sont déformés par la saillie, dans l'intérieur du

canalicule, du tissu fibreux, qui, formant des végétations plus ou moins nombreuses, tantôt uniques, tantôt multiples, repousse devant lui l'épithélium cylindrique et vient boucher la lumière du canalicule. Sur quelques points, ces végétations endocanaliculaires sont tellement nombreuses, qu'elles sont pressées les unes contre les autres, et nous avons, dans ce cas, la reproduction de la figure donnée par Virchow, et reproduite par Cornil et Ranvier et tous les auteurs classiques, comme type du fibrome papillaire ou endocanaliculaire du sein.

Sur quelques végétations, l'épithélium manque ; sur d'autres, il a proliféré. Mais cette prolifération ne se retrouve que sur des points très rares des différentes coupes.

Telle est cette observation qui montre, comme l'a fait remarquer M. Trélat, que la multiplicité et la bilatéralité appartiennent aux tumeurs dites adénoïdes, mais qu'on ne peut, avec ces deux seuls signes, préciser la nature fort diverse de ces tumeurs.

M. Reclus, avec raison aujourd'hui, devient moins affirmatif que dans son premier mémoire. Il ajoute la ponction exploratrice pour trouver le liquide que la fluctuation ne peut pas révéler.

J'ai eu le tort, que je confesse, de ne pas faire cette exploration qui m'aurait probablement aidé dans mon diagnostic.

Mais je dis probablement, car, ainsi que l'ont fait remarquer MM. Coyne et Labbé, il se forme assez souvent dans les fibromes des cavités kystiques dues à l'oblitération partielle, soit par une végétation papillaire, soit par une constriction qu'exerce le tissu rétractile du fibrome périacineux. Sur les coupes que je fais passer sous les yeux de la Société, on voit les déformations progressives des canaux glandulaires devant aboutir à la formation de cavités kystiques. Au microscope, on trouve un certain nombre de cavités agrandies, et ces petits kystes microscopiques qui, dans un certain nombre d'observations de M. Reclus, sont seuls signalés. Que la malade fut arrivée à un stade un peu plus avancé de son affection, et que par la ponction je fusse tombé dans un de ces kystes, je demande à M. Reclus comment j'aurais pu faire mon diagnostic avec les signes qu'il nous a donnés de la maladie kystique.

Je termine cette communication en faisant encore les remarques suivantes :

L'origine de cette transformation du sein en tumeurs fibreuses paraissait inflammatoire. C'est à la suite d'un abcès que la première tumeur avait paru dans le sein gauche, et pour le sein droit il y avait soit sympathie, soit continuation d'un travail physiologique, puis pathologique, provoqué par l'allaitement. Cette persistance de la sécrétion lactée semble le prouver.

Il y aurait donc, dans cette observation, un fait qui viendrait à

l'appui des idées exprimées par M. Phocas, dans sa thèse sur la *maladie noueuse de la mamelle.* Pour lui, les fibromes du sein sont d'origine inflammatoire, et seraient l'aboutissant d'une mastite chronique. Malheureusement, les faits dont il s'est servi pour soutenir son opinion ne sont pas bien probants, manquant la plupart de l'examen histologique confirmatif. Le mien pourrait, je crois, plus lui servir.

Il me reste enfin à faire remarquer que l'examen histologique de ces tumeurs confirme l'opinion émise par MM. Labbé et Coyne.

Le fibrome endocanaliculaire et le fibrome péricanaliculaire constituent une même affection à des stades différents. Le tissu fibreux, d'abord péricanaliculaire, fait à un certain moment irruption dans le canalicule, et devient endocanaliculaire en formant les végétations qui lui ont fait donner le nom de fibrome papillaire. On ne doit donc pas décrire deux affections, comme le font tous les auteurs classiques à la suite de Virchow.

Quant au traitement, notre observation montre que, dans les cas de fibromes multiples, ou il ne faut pas toucher à la mamelle, ou il faut l'enlever entièrement. Car on ne peut pas compter sur l'arrêt de l'affection. On pourra, toutefois, essayer auparavant de l'iodure de potassium, qui semble avoir agi sur notre malade heureusement.

M. Trélat. Je ne me suis évidemment pas fait bien comprendre à notre dernière réunion, ou du moins ne m'a-t-on peut-être pas, en cette fin de séance, prêté une suffisante attention. Car je n'ai jamais soutenu l'opinion que me prête M. Quénu, à savoir que la tumeur kystique décrite par M. Reclus était un fibrome. Si l'on veut bien se reporter au procès-verbal, on verra que j'ai dit ceci : que nous connaissions tous et décrivions, sous le nom de fibrome, une affection du sein absolument semblable à celle que M. Reclus a décrite sous celui de tumeur kystique; j'ai ajouté qu'il ne semblait pas que cette tumeur kystique constituât un groupe clinique facilement diagnosticable.

Mais, loin de contester la réalité de la distinction faite par M. Reclus, j'admets que désormais il faudra, chez nos malades, nous livrer à un examen plus circonstancié, plus complet, pour savoir si, mis en présence d'une tumeur dite bénigne du sein, nous avons affaire à une tumeur kystique à la façon de M. Reclus, ou à une de ces tumeurs fibreuses multiples dont M. Reynier vient de nous donner un nouvel exemple.

Quant au fond, je dois dire que je laisse à mes collègues histologistes le soin de rechercher l'origine du processus qui aboutit à la formation kystique. C'est là une question de développement

anatomique, intéressante assurément, mais sans grande importance pour le chirurgien.

Pour moi, me plaçant au point de vue de l'observation clinique, il me semble qu'entre les kystes acineux ou kystomes de M. Reclus, les kystes acineux avec hypertrophie fibreuse, les kystes fibroïdes végétants, l'adénome proprement dit, les différences ne sont pas grandes, ou du moins que la distinction est difficile. Tous ces types se côtoient, s'enchaînent, se juxtaposent; parfois même ils coïncident.

Ce que je retiens donc de cette discussion, c'est la notion que voici : il peut exister dans le sein un certain nombre de tumeurs bénignes, à durée longue, sans ganglions, multiples, ayant enfin ce caractère important de se développer en même temps dans les deux seins. Ces tumeurs, nous les croyions jusqu'ici des fibromes, tumeurs peu dangereuses, et auxquelles, pour ma part, je me gardais de toucher. A l'avenir, il faudra pousser plus loin le diagnostic et savoir si elles sont réellement solides ou bien liquides.

A la vérité, il ne sera pas toujours commode d'apporter pareille finesse dans le diagnostic, il y faudra un toucher bien délicat et bien souvent le secours de la seringue de Pravaz.

Permettez-moi, à ce propos, de vous citer une observation fort curieuse et qui est restée gravée dans ma mémoire. Il y a de cela quelque trente ans, je venais d'être nommé agrégé, j'étais à peine chirurgien des hôpitaux, je vis un jour entrer, dans mon cabinet, une femme me demandant d'une façon presque impérative de la délivrer d'une « grosseur » qu'elle portait au sein. J'examinai et je n'opérai pas. Il s'agissait en effet de petites tumeurs multiples, indolentes, sans ganglions, de celles que, déjà alors, je considérais comme bénignes et absolument *respectables*. Je revis cette malade bien des fois, à de plus ou moins longs intervalles. Un jour, elle vint me dire que son autre sein présentait une grosseur semblable. Je n'opérai pas davantage. Au bout de 27 ou 28 ans, j'eus occasion de l'examiner à nouveau ; elle portait toujours ses petites tumeurs, dans les deux seins, se félicitant avec moi du parti que nous avions pris autrefois.

Vous m'excuserez de vous avoir rapporté ce fait un peu longuement. L'impression qu'il m'a laissé a été profonde. Je puis dire qu'il a été comme la racine de mon enseignement clinique et la source de mes déductions diagnostiques.

Pour ce qui est de la conduite à suivre en pareille circonstance, elle ne fait pas doute pour moi. Je comprends que les premiers anatomo-pathologistes qui ont examiné de près ces tumeurs kystiques diverses, frappés par la multiplicité des épithéliums qu'ils y rencontraient, aient redouté une prolifération plus active et aient

eu une tendance à conseiller une thérapeutique héroïque. Certains les ont suivis dans cette voie. Mais on en a rabattu depuis. En fait, nous nous rapprochons tous aujourd'hui sur le terrain clinique. Nous admettons tous qu'en présence de ces tumeurs dites bénignes, nous devons observer le mal de près, en le respectant jusqu'à plus ample informé; que si nous ne constatons aucun accroissement, aucun réel foyer de tumeur, aucune prolifération active, nous nous contentons d'une thérapeutique négative ; celle qui m'a si bien réussi chez ma malade, qui représente en somme 30 ans d'observation.

M. Kirmisson. Je me range complètement à la manière de voir de M. Quénu, et, comme lui, je conclus à une distinction absolue entre la *tumeur kystique et l'épithélioma intra-canaliculaire.*

J'ai eu occasion d'observer un bel exemple de cette dernière variété de néoplasme du sein. A la coupe, sur la tumeur enlevée, on apercevait nettement une grosse végétation en choufleur faisant saillie dans une cavité remplie de sang. Avant l'opération, on avait constaté l'existence d'un écoulement véritablement sanguin par le mamelon.

Ce dernier caractère a peut-être une certaine importance diagnostique. En effet, dans la tumeur kystique, l'écoulement n'est jamais de sang pur, mais seulement d'un liquide plus ou moins teinté.

Pour ce qui est de la maladie kystique de M. Reclus, je ne puis me défendre de faire remarquer que les idées que M. Brissaud est venu exposer devant vous diffèrent singulièrement de celles que, de concert avec M. Reclus, il défendait naguère à la Société anatomique. Ils nous disaient alors : « Prenez garde, ces tumeurs contiennent des végétations épithéliales, qui nous sont, au moins, suspectes. » Aujourd'hui, ils ne nous parlent que d'une affection essentiellement bénigne.

Mais quelle est-elle, en somme, cette affection? Constitue-t-elle, en réalité, une entité pathologique spéciale? Pour ma part, je ne le crois pas. Il me semble que tantôt elle se présente comme une maladie primitive de l'épithélium, tantôt comme la conséquence d'altérations variées (adénome, fibrome, dégénérescence sénile).

J'ai eu, dans un concours de prosectorat, occasion d'examiner un grand nombre de mamelles; beaucoup qui n'avaient pourtant rien de pathologique, étaient véritablement farcies de kystes. Soutenir que ces glandes étaient atteintes de *maladie kystique* est une conclusion qui ne me paraît pas juste. Je me contente de dire que dans le sein, comme dans d'autres organes, peuvent se développer des kystes, qui sont le plus souvent d'origine sénile.

En pareil cas, comme à M. Trélat, l'abstention me paraît être de règle.

M. Terrillon. Je désire prendre la parole dans cette discussion sur la maladie kystique de la mamelle, pour signaler deux faits que j'ai pu observer et qui sont des exemples bien nets de cette maladie décrite par A. Cooper.

Sur 150 tumeurs du sein, que j'ai observées ou opérées, et sur lesquelles j'ai pris des notes, qui formeront plus tard un travail que je vous présenterai, j'ai trouvé deux cas de cette affection ; on peut donc dire qu'elle est rare.

La première malade, âgée de 30 ans, a été vue par moi la première fois en 1879 ; c'était à la campagne, dans la Côte-d'Or. Je trouvai chez elle les deux glandes mammaires dures, bosselées, criblées de petites tumeurs résistantes et arrondies, non douloureuses. Les mamelles n'étaient pas adhérentes au thorax, mais plutôt tombantes. Il n'y avait pas de ganglions et la maladie paraissait remonter à deux ans. La tumeur du côté gauche, du volume du poing, était plus grosse que celle du côté droit. Les veines périphériques étaient volumineuses. Je proposai une opération, qui fut refusée, car la malade ne souffrait pas et n'était pas incommodée. Réfléchissant à ce cas bizarre et à cette forme insolite, je me rappelai la description que donne A. Cooper (Traduction de Chassaignac et Richelot, 1837) des *maladies hydatiques ou kystes de la mamelle.*

Je relus attentivement ce chapitre où l'auteur parle des hydatides ou kystes, et je remarquai qu'il conseille la ponction pour assurer le diagnostic.

Quelques mois après, je pratiquai une ponction dans une des bosselures les plus saillantes à gauche, avec une seringue de Pravaz, et j'obtins du liquide très légèrement coloré, très fluide. Une partie de la masse s'affaissa aussitôt.

Après quinze jours, le liquide s'était reproduit. A droite, j'obtins le même résultat. Le diagnostic était donc certain ; aussi je n'hésitai pas à ne plus proposer d'opération. Depuis cette époque, les tumeurs ont doublé de volume ; la compression, faite avec persévérance, n'a rien donné. Cependant la malade est bien portante, et n'a pas de ganglions. Je l'ai vue il y a six mois. Sa santé est parfaite, et elle ne se plaint que de tiraillements dans les deux seins ; elle les soulage en soutenant les seins avec un corset.

La seconde malade est une femme de 35 ans, des environs de Beaune. Elle me fut adressée l'année dernière (1887), par le Dr Affre.

Elle porte, depuis trois ans à peine, une tumeur dure, bosselée,

éparpillée dans les deux seins, sans ganglions axillaires. Les veines sont aussi dilatées au pourtour de chaque mamelle et très visibles.

Je fis dans chacune des tumeurs, aux points les plus saillants, une ponction avec un trocart explorateur, et j'obtins du liquide clair et non filant. La partie ponctionnée s'affaissa aussitôt, et je suis persuadé que, si j'avais ponctionné successivement chacune des bosselures, j'aurais vidé toute la tumeur. Mais la malade s'y refusa. Elle retourna chez elle sans être opérée, et se porte bien.

M. Tillaux. Je ne connais pas la maladie kystique de M. Reclus au point de vue clinique. Je n'en conteste cependant pas l'existence, surtout après ce qui vient de nous être dit.

Mais ce que je soutiens, c'est qu'il existe une autre affection du sein, dont les caractères sont absolument ceux de la maladie kystique, et qui, pour moi, est de nature et d'origine inflammatoires. Elle a été décrite à mon instigation par mon élève, M. Phocas. Elle consiste, elle aussi, en noyaux multiples disséminés dans les deux seins. C'est là, pour moi, de la mammite chronique ; *noyaux de mammite chronique*, tel est le nom que je donne à cette maladie. Elle présente ce trait particulier, que ces noyaux ne sont pas permanents ; les malades disent très bien que tel noyau, qui existait en tel endroit peu auparavant, a complètement disparu depuis. Ce caractère est pour moi pathognomonique.

J'ai vu un grand nombre de cas de ce genre. Toutes mes malades ont guéri, et toutes par le même moyen, par une compression faite avec méthode et énergie.

M. Terrier. J'ai vu avec MM. Brissaud et Reclus une de leurs malades, au sujet de laquelle, ils avaient bien voulu me consulter; c'est l'une de celles qui a subi l'amputation des deux seins.

Trompé comme tout le monde, j'avais cru à une tumeur solide ; comme eux aussi, et entraîné par les considérations anatomiques qu'ils faisaient valoir, j'avais accepté l'intervention radicale.

Depuis, j'ai changé d'idée et d'opinion, et cela, je dois le dire, sous l'impression d'un cas difficile, observé dans la clientèle civile, qui vaut la peine de vous être conté.

J'étais, il n'y a pas longtemps, consulté par un de mes collègues, médecin des hôpitaux, pour sa femme, qui portait aux deux seins des tumeurs, répondant évidemment au diagnostic de maladie kystique de la mamelle. Cette dame, aujourd'hui âgée d'une trentaine d'années, ne rapportait son affection ni à une couche ni à une période d'allaitement ; elle disait, de la façon la plus nette, que le début remontait à l'époque de la puberté, à 15 ou 16 ans en arrière.

La tumeur augmentait un peu, elle subissait souvent des alternatives d'accroissement et de diminution coïncidant avec l'apparition et la disparition des règles.

Que fallait-il faire? Cette jeune femme était peu disposée à subir la grave mutilation, qui eût été, en pareil cas, nécessaire.

Je ne l'y ai, du reste, à peine poussée moi-même. J'ai été frappé, en effet, des résultats opératoires excellents qu'ont donnés jusqu'ici les amputations de sein, faites pour les tumeurs de ce genre; tandis que l'on sait ce qu'il advient en général lorsqu'elles sont pratiquées pour des cancers; forte présomption, en somme, en faveur de la bénignité probable de l'affection que j'avais à combattre.

Je n'ai donc pas opéré cette malade. Je lui ai laissé ses deux seins, qui, pour cette jeune femme, nouvellement mariée, n'étaient pas, on l'avouera, une quantité absolument négligeable.

Je dois ajouter que cette dame présentait dans l'aisselle de petits engorgements ganglionnaires, et cela des deux côtés. Ces ganglions n'ont pas augmenté de volume; ne faut-il pas voir là cependant un indice, marquant que la bénignité de ces tumeurs n'est peut-être pas aussi absolue qu'on pourrait le penser.

En somme, le pronostic de la maladie kystique est bon, en thèse générale. J'estime cependant que le « méfiez-vous » de M. Malassez est une expression qui doit être absolument acceptée. Ce n'est pas à dire cependant qu'il faille, à moins d'indications d'un autre ordre, conclure à une thérapeutique active.

Quant à la compression, dans le cas actuel du moins, elle a été sans aucun effet. On peut dire d'ailleurs de ce moyen de traitement, qu'à moins d'être porté au point d'asphyxier la malade, il n'est et ne peut être qu'illusoire.

Présentation de malade.

Luxation du coude en dedans,

Par M. Després.

De toutes les luxations du coude sans fracture, la plus rare, sans contredit, est la luxation dont je viens entretenir la Société. On en a rapporté quatre exemples, au dire de Malgaigne, et un seul évident depuis, qui est dû à M. Thomas (de Tours)[1]. Mais, dans ce dernier cas, il s'agissait d'une luxation irréductible et qui n'avait

[1] *Bull. de la Soc. de chir.*, 1869; p. 442.

point été vue au début et pouvait être accompagnée de fracture. Le fait de Morel Lavallée n'est pas une luxation en dedans [1], c'est une luxation en arrière et un peu en dedans.

Voici mon observation :

Le nommé Jamin, âgé de 21 ans, plombier, est entré à l'hôpital de la Charité le lundi 20 février, se plaignant du coude gauche ; le bras était nu et présentait une déformation au niveau du coude, sans gonflement du coude et sans ecchymose. Le malade était tombé le jeudi précédent sur le côté gauche; le bras avait porté sur le sol, et le tronc était tombé sur le bras. Mais il est positif que la paume de la main n'avait pas porté sur le sol, car le dos de la main seul était sali par la boue, nous avons bien fait préciser cela par le malade. Il n'a pas pu nous donner d'autres renseignements, car, comme toujours lorsque l'on tombe, on n'a pas la présence d'esprit de remarquer exactement comment l'on tombe.

En examinant le bras, nous constatons que le diamètre antéro-postérieur du coude est augmenté, que le bras s'étend presque complètement; dans cette situation, l'avant-bras est reporté en dedans, la main restant en supination, de sorte que le coude présente manifestement la déformation en baïonnette, si je puis ainsi dire. En palpant la région du coude en avant, on constate une saillie dans le pli du coude un peu au-dessus du pli cutané. En arrière, on ne sent pas l'olécrâne à sa place ; on sent facilement l'épicondyle, et en dehors et au-dessous de lui l'extrémité supérieure du radius manifestement reportée en dedans. Au coté interne, au lieu et place de l'épitrochlée, on sent une saillie volumineuse qui se continue nettement avec le corps du cubitus : c'est l'olécrâne. Au-dessus, et plus près de l'axe du bras, en palpant profondément, on parvient à sentir une petite saillie, cachée dans les muscles, qui est l épitrochlée. En explorant alors la trochlée, on la trouve libre, quoiqu'il y ait un peu d'empâtement.

Il y a d'ailleurs des mouvements de latéralité évidents. Le bras, mesuré depuis le bord de l'acromion jusqu'à l'apophyse styloïde du cubitus, présente un allongement apparent d'environ un centimètre et l'avant-bras reste, lorsqu'on l'abandonne à lui-même, dans la supination.

Les mouvements communiqués à l'avant-bras sont tous possibles, et le malade peut exécuter lui-même les mêmes mouvements, mais avec lenteur à cause de la souffrance qu'il éprouve; la flexion et l'extension sont libres, il n'y a que l'extension extrême qui ne l'est pas; les mouvements de pronation et de supination sont conservés et libres, sauf qu'ils sont douloureux.

Les descriptions des luxations de ce genre publiées par Malgaigne ne concordent point avec ces symptômes ; il est probable qu'il y avait quelque fracture des condyles masquant les signes de la luxation dans les observations antérieures.

[1] *Bull. de la Soc. de chir.*, 1862 p. 367.

En effet, dans le cas actuel, il s'agit bien d'une luxation du coude en dedans. Le radius est reporté vers la trochlée et le cubitus, c'est-à-dire l'olécrâne, a passé en dedans du bord saillant de la trochlée; la grande échancrure sigmoïde de l'olécrâne est venue embrasser l'épitrochlée. Tous ces rapports faciles à constater en raison de l'absence de tout gonflement et de toute ecchymose confirment le diagnostic de luxation du coude en dedans.

Toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, dans les Dictionnaires, dans le livre d'Hamilton et les Traités classiques, sont en contradiction les unes avec les autres. Il est positif que l'on a décrit comme luxation en dedans des luxations en arrière. Nous avons aujourd'hui une luxation récente, dont le moule est prêt et sera déposé au musée Dupuytren; elle servira, je l'espère, à fixer définitivement l'histoire de la luxation du coude en dedans, c'est-à-dire du déplacement dans lequel l'échancrure sigmoïde embrasse l'épitrochlée au lieu d'embrasser la trochlée, et où la tête du radius, reportée en dedans, est presque au-dessous du bord externe de la trochlée.

Cette luxation est difficile à réduire par la machine de Jarvis, le chloroforme, et même la traction continue. En effet, dans 3 cas au moins, aucune réduction n'a pu être obtenue (un fait de Dubruyn ou de Prewitt, d'après Hamilton). L'obstacle à la réduction réside dans l'arrêt puissant que fournit le bord interne saillant de la trochlée et empêche de reporter en dehors l'olécrâne. Aussi j'ai le dessein, pour réduire cette luxation qui a résisté à tout — machines, chloroforme, pressions latérales, — de tenter un procédé rationnel mais délicat; je tâcherai de produire chez ce malade une luxation en arrière, et alors je réduirai par le procédé classique, le procédé de douceur.

Lecture et Présentation de malade.

M. Chavasse présente un malade porteur d'une *tumeur variqueuse des ganglions et des vaisseaux lymphatiques du triangle de Scarpa du côté droit, en voie de guérison spontanée.*

Ce malade a déjà été présenté à la Société de chirurgie par M. Bousquet, dans la séance du 30 avril 1884. Il était alors porteur d'une tumeur lymphangiectasique considérable, longue de 22 centimètres, large de 13 centimètres à sa base et présentant des bosselures, des varicosités telles qu'elles ressemblaient à un paquet d'anses intestinales herniées sous la peau. Le moule de la tumeur est dans lemusée du service de chirurgie de l'hôpital Laënnec. Au-

jourd'hui, la tumeur a subi spontanément une réduction de volume énorme; on n'aperçoit plus que trois dilatations variqueuses, n'occupant que la partie supérieure du triangle de Scarpa; dans la profondeur, une seule tumeur ganglionnaire est perceptible au-dessous du pli de l'aine.

Ce fait de régression spontanée, d'atrophie régressive, a été signalé par Myxé Azema, mais il est rare de le voir se produire aussi rapidement que chez ce malade. Depuis sa présentation à la Société, en 1884, cet homme n'a subi aucun traitement; il avait essayé tout d'abord d'un bandage élastique auquel il a été obligé de renoncer promptement.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,
CH. MONOD.

Séance du 29 février 1888.

Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Le 1er fascicule du tome XIV de nos *Bulletins et Mémoires*, année 1888 ;

3° Une lettre du Président de l'Association française pour l'avancement des sciences, invitant la Société à nommer un délégué pour assister à la session prochaine qui se tiendra à Oran (Algérie), du 29 mars au 3 avril prochain ; M. le professeur VERNEUIL est désigné ;

4° M. le Dr L.-H. PETIT offre à la Société l'ouvrage qu'il vient de publier sur JEAN MÉRY, ses œuvres complètes ;

5° M. TERRIER s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

6° *Leçons de clinique chirurgicale*, par le professeur LANNELONGUE (de Bordeaux).

Suite de la discussion sur la tumeur kystique du sein.

M. Terrillon. Je désire donner des indications complémentaires à propos de la maladie kystique des mamelles, et surtout des malades dont j'ai parlé dans la dernière séance.

Un mot d'abord de ma première malade, de celle que j'ai vue en 1879, pour la première fois, et chez laquelle le diagnostic a été fait par la ponction, d'après le conseil donnné par A. Cooper; cette femme n'a toujours pas de ganglions,ni d'un côté ni de l'autre; elle n'en avait pas du moins l'année dernière. Mais il y avait des veines dilatées autour de la mamelle. Ces veines dilatées n'existent pas ordinairement autour des mamelles atteintes d'autres tumeurs.

Au sujet de ma seconde malade, M. Affre m'a envoyé des renseignements plus précis sur les signes de la maladie. Je l'ai ponctionnée l'année dernière, mais le liquide s'est reproduit. Ici, il y a dix ans que la maladie a commencé dans le sein droit, l'autre; côté s'est pris il y a huit ans. Or, cette malade n'est pas cachectique malgré la longue durée de la maladie ; elle n'a que peu souffert ; il n'y avait pas de ganglions dans l'aisselle. Cependant, depuis le mois de décembre 1887, on sent un petit ganglion dans l'aisselle droite, mais sans adhérences et sans caractères particuliers.

Ces tumeurs sont donc bénignes, puisque leur longue durée est preuve que les ganglions ne se prennent que peu ou tardivement dans l'aisselle. Si elles étaient malignes, il est probable que les ganglions seraient pris avant cette époque.

M. Reclus. Je prends surtout la parole pour remercier la Société d'avoir bien voulu accorder toute une séance à la discussion sur la *maladie kystique de la mamelle.* Je ne m'imaginais pas que cette affection, décrite pour la première fois, il y a quatre ans à peine, fût, à ce point, connue de mes collègues et je ne saurais trop me féliciter de l'appui que m'ont prêté mes amis Brissaud et Quénu, Segond et Nélaton, mes maîtres Terrier et Trélat. Avec de tels parrains, auxquels j'ajouterai M. Verneuil, la maladie kystique est assurée de son avenir.

Je ne saurais prendre partie dans la discussion histologique qui s'est élevée entre M. Brissaud et M. Quénu : je n'ai pas qualité pour cela et la compétence me manque ; mais un point reste établi, c'est que les examens de M. Quénu confirment de tous points les premières recherches de Malassez et de Brissaud ; leurs préparations sont identiques et les figures qu'ils nous en donnent sont, pour ainsi dire, superposables. Seule l'interprétation qu'ils pro-

posent diffère : pour M. Quénu, il s'agirait d'une *cirrhose épithéliale kystique*, et pour M. Brissaud, d'*épithéliomas kystiques intra-acineux*. J'avoue que je préférerais cette dernière opinion ; elle aurait l'avantage de faire de ma maladie kystique un cas particulier d'une affection spéciale au tissu glandulaire et qu'on rencontrerait aussi bien dans le sein que dans l'ovaire, le rein et l'estomac. J'invoquerai un argument de plus de valeur : la transformation possible de la maladie kystique en squirrhe. J'y reviendrai à propos du pronostic et du traitement.

Le diagnostic de la maladie kystique est souvent d'une extrême difficulté ; on n'a parlé ici que de sa confusion possible avec les fibro-adénomes, mais c'est pour un cancer qu'elle a été prise le plus souvent. L'erreur a été commise par Broca, Verneuil, Maunoury, Poncet, et chez leurs premières opérées, ils ont enlevé le sein kystique croyant avoir affaire à une glande squirrheuse. En effet, il existe souvent une tumeur qui semble unique ; elle est du volume d'une noix ou d'un œuf, d'une dureté ligneuse, solidement enchâssée dans le tissu mammaire avec lequel elle fait corps. On croit d'autant plus à un squirrhe, que les milliers de kystes qui parsèment la glande peuvent avoir à peine le volume d'un grain de chènevis ou de mil ; on les prend pour les acini normaux et l'on passe à côté du diagnostic. J'insiste sur ce point, car une palpation attentive des deux mamelles et surtout la ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz pourront seules permettre d'affirmer la nature de la tumeur.

M. Reynier nous disait, dans la dernière séance, que les signes que j'ai donnés comme pathognomoniques de la maladie kystique, la multiplicité et la bilatéralité des tumeurs, voire la ponction exploratrice, peuvent aider à la confusion, car on les retrouve dans certains fibromes. C'est vrai pour la bilatéralité et la multiplicité. Dans les Bulletins de la Société anatomique, on en trouve une observation remarquable : M. Terrier constate dans un sein la présence de tumeurs multiples et dures ; il croit à une maladie kystique, or il s'agissait de fibromes. M. Fontorbe (de Rochefort) sent des tumeurs dures et multiples dans deux mamelles qu'il croit atteintes de maladie kystique ; il les extirpe, elles sont farcies de fibromes. Mais je ferai une première remarque : il y a dans ces cas des tumeurs nombreuses sans doute et d'un volume assez gros, — la malade de Fontorbe comparait ses deux seins à des champs de pommes de terre — mais il n'y a pas l'aspect grenu, les milliers de petites saillies qui ont fait comparer la glande à une pelote piquée d'épingles ou à la planchette incrustée de mil des pièges à oiseaux.

Reste surtout la ponction exploratrice : elle ne fut pratiquée ni

dans le cas de M. Terrier, ni dans celui de M. Fontorbe, ni dans celui de M. Reynier. Or, elle aurait certainement décidé du diagnostic : en effet, dans les faits de MM. Terrier et Fontorbe, la tumeur était massive ; il n'y avait pas de liquide. Il y en avait dans le cas de M. Reynier, et la seringue de Pravaz aurait pu en ramener; c'est vrai, mais en quelle quantité? En tous cas, ces lacunes creusées dans les fibromes, ces sortes de « géodes » sont entourées d'une gangue épaisse et résistante sous les doigts. Dans la maladie kystique, rien de semblable, et, lorsque la ponction a vidé le kyste, la tumeur a disparu. Chez la malade que je vous ai présentée dans l'avant-dernière séance, il existait, dans le sein droit, une nodosité du volume d'un œuf de pigeon; j'en ai retiré 12 grammes de liquide, et, après cette évacuation, il ne restait, à ce niveau, qu'une glande souple et d'aspect normal.

M. Tillaux, avec une courtoisie dont je le remercie, a discuté la maladie kystique; il admet son existence, mais il pense que, à côté d'elle, on rencontre une affection particulière, une sorte de mammite chronique décrite par son élève, M. Phocas, sous le nom de « maladie noueuse de la mamelle ». J'ai déjà étudié ce point tout au long dans mes *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*. Aussi, je serai très bref. Je classe en deux catégories les très nombreuses observations de M. Phocas. Dans la première, la plus nombreuse, la bilatéralité n'existe pas; une seule mamelle est atteinte, et encore n'y trouve-t-on qu'un ou deux noyaux durs, d'origine évidemment inflammatoire et qui disparaissent par la compression; ces observations se rapportent évidemment à des cas de mammite chronique; ils n'ont rien à faire avec la maladie kystique.

Restent trois observations remarquables recueillies : l'une dans le service de M. Trélat et les deux autres dans celui de M. Tillaux, où l'affection est bilatérale; chacun des deux seins présente, à côté de nodosités plus volumineuses, d'innombrables saillies qui donnent à la glande l'aspect d'une pelote piquée d'épingles — la comparaison très exacte est de M. Phocas. Eh bien, je ne vois pas de quel droit M. Phocas fait de cette affection particulière une mammite chronique — sa maladie noueuse? S'il avait pratiqué la ponction exploratrice, et s'il n'avait pas retiré de liquide, il aurait eu alors un argument; mais cet argument lui manque, cette ponction n'a pas été faite. Comme d'ailleurs aucune de ces mamelles n'a été examinée pièces en main, je regarde jusqu'à plus ample informé les trois cas de M. Phocas comme des cas de maladie kystique.

M. Tillaux et M. Phocas lui-même, dans une lettre au *Progrès médical*, invoquent un argument que je dois combattre : la maladie kystique, nous disent-ils, est une affection qui accroît ou, du moins, reste stationnaire, mais on ne la voit pas rétrocéder, tan-

dis que la maladie noueuse s'affaisse sous l'influence de la compression et pourrait même disparaître. Cette disparition totale, je ne la trouve dans aucune des trois observations de M. Phocas. Quant à la disparition temporaire ou prolongée, elle a été observée aussi dans la maladie kystique, et Maunoury a publié récemment sur ce sujet un très remarquable mémoire dans le *Progrès médical*. Je n'insiste donc pas et je fais appel aux nouvelles recherches de M. Tillaux sur ce point.

Je serai très bref sur le traitement de la maladie kystique de la mamelle.

Les premières tumeurs ont été enlevées comme cancers; plus tard, les pièces ont été étudiées et les kystes ont été reconnus; les examens histologiques pratiqués par Malassez et par Brissaud nous apprirent alors que ces kystes sont constitués par des proliférations épithéliales dont les cellules sont atypiques ou même métatypiques. Dans quatre des cas, la paroi de l'acinus est respectée, mais dans un cas elle semble franchie en un point, et l'on se demande si l'on n'est pas en présence du premier pas du cancer épithélial, et si, selon les idées de Waldeyer et de Malassez, les cellules métatypiques ne vont pas, au milieu de la gangue fibreuse qui enveloppe les acini, former un véritable cancer alvéolaire. Aussi M. Malassez éprouve-t-il de grandes craintes sur l'évolution probable de ces tumeurs et conseille de se méfier. Ces tumeurs, pour lui, peuvent devenir malignes. Voilà pourquoi, à cette époque, nous nous hâtions de les enlever toutes sans distinction.

Mais, à ce moment, l'observation clinique devient plus abondante; les faits se multiplient, et nous recueillons un certain nombre de cas où des tumeurs restent stationnaires de longues années, sans accroissement et sans dégénérescence. Nous avons un cas remarquable de Monod, un autre plus important encore dont l'observation commence il y a trente-trois ans avec Roux et se continue avec Maunoury. Dans ces faits, la transformation cancéreuse n'a pas eu lieu. Je trouve, comme M. Terrier, qu'il faut tenir un grand compte de ces faits, et voici maintenant quelle est ma pratique, qui se rapproche singulièrement de celle de mon collègue.

J'ai été consulté trois fois par de jeunes femmes de 22 à 26 ans, mariées récemment, et qui étaient atteintes de maladies kystiques. Je n'ai pas hésité à les rassurer le plus possible; l'affection, leur ai-je dit, est des plus bénignes, elle est sans importance; il faut seulement la surveiller : s'il survenait quelque chose de nouveau, on verrait alors; dans vingt ans, vers l'âge de la ménopause, il sera temps d'aviser. Il y a quatre ans, je vis une jeune Russe qui avait déjà consulté M. Polaillon. Notre collègue avait cru à une mammite chronique double et conseilla la compression, qui fut impuissante;

je reconnus une maladie kystique. Je ne proposai pas l'ablation, qui aurait eu non seulement l'inconvénient de priver la malade de ses seins à un âge où leur conservation n'est pas indifférente, mais qui, dans l'espèce, aurait pu faire regarder cette Russe comme appartenant à la secte persécutée des Skoptzy.

Mais il est des cas où j'interviens : lorsque la malade a dépassé la quarantaine, je propose hardiment l'ablation, et la semaine dernière encore je l'ai conseillée à une vieille fille qui avait atteint cet âge. J'interviens, parce que la bénignité de la maladie kystique est loin d'être absolument prouvée; je tiens un compte infini de l'opinion de Malassez et de Brissaud, qui d'après leurs examens « se méfient » et redoutent la transformation en cancer. J'ai présenté à la Société anatomique, et comme type de la maladie kystique de la mamelle, une glande enlevée par M. Verneuil sur une malade que suit encore M. Valude. Eh bien ! M. Cornil examina la mamelle, et en un point il trouva un noyau squirrheux des plus nets. Cette observation ne serait pas isolée, et Maunoury aurait peut-être observé un autre cas. Donc, il faut rester sur la plus grande réserve et faire appel à des examens répétés des mamelles atteintes de maladie kystique.

Je me résume donc et je dis : chez les femmes jeunes, je n'interviens pas, car je ne veux pas créer un mal présent certain, pour éviter un mal à venir possible. Mais plus on avance en âge, moins sont grands les inconvénients de l'ablation, et plus grandes sont les chances de transformation en cancer. Alors je n'hésite pas, d'autant que les malades sont souvent fort inquiètes ; elles tournent parfois à l'hypochondrie, et c'est pourquoi j'interviens.

M. Verneuil. Je tiens à dire quelle est mon impression sur le sujet en discussion. Elle résulte d'une expérience déjà longue, qui remonte à l'époque où j'étais aide d'anatomie et prosecteur.

J'eus occasion de présenter à la Société anatomique et d'examiner de près une tumeur du sein, remarquable par les kystes nombreux qu'elle contenait. A l'œil nu, on en découvrait déjà beaucoup ; mais, au microscope, avec un grossissement de 15 à 20 diamètres, ils apparaissaient innombrables, et tous sous l'aspect suivant : l'acinus glandulaire, étranglé à sa racine, se dilatait en ampoule ; la petite cavité ainsi constituée, revêtue d'épithélium, était distendue par du liquide.

J'étais loin de me douter qu'une mamelle pût contenir une pareille quantité de kystes ; sans exagération, je puis en évaluer le nombre à un millier.

A partir de ce moment, mon attention fut fixée sur cette maladie. Et lorsque, plus tard, je fus mis en situation de faire de la clinique

pour mon compte, au lieu de me contenter d'examiner des pièces pour le compte des autres, je reconnus bien vite qu'il s'agissait là d'une forme spéciale d'altération de la glande mammaire.

Cette affection ne ressemble en aucune façon au cancer. On pourrait bien plutôt la confondre avec le fibro-adénome du sein ; j'avoue même que le diagnostic entre ces deux variétés de tumeur bénigne est excessivement délicat. Elle a aussi, au point de vue clinique, quelques traits communs avec une variété de tumeur décrite par un de mes élèves, le Dr Rojeau, sous le nom de *kyste racémeux de la mamelle*. Mais, encore une fois, rien du cancer du sein.

Je n'ai encore jamais observé les transformations et les dégénérescences dont on a parlé ici. Je ne veux pas dire que le fait soit inexact. Mais je crois que, en pareil cas, il faut plutôt admettre une de ces superpositions de tumeurs, sur lesquelles mon élève, M. Ricard, a appelé l'attention dans sa remarquable thèse sur la *Pluralité des néoplasmes*.

Ces coïncidences sont assez communes dans les grosses tumeurs fibro-kystiques de la mamelle. Elles doivent être au moins très rares dans la maladie kystique.

Pour moi, j'ai toujours vu cette dernière se comporter comme la tumeur la plus bénigne, ne grossissant pas, ne s'accompagnant pas de douleurs ni de tuméfaction ganglionnaire.

Aussi, je ne les opère pas.

J'ai eu dans mon service une jeune fille se présentant avec deux seins énormes, parfaitement réguliers, tous deux de même volume, n'offrant aucun caractère permettant un diagnostic précis. Dans l'incertitude où j'étais, on comprend mon hésitation à lui proposer le sacrifice de ses deux mamelles. J'attendis, et bien m'en prit. Je me contentai de faire faire de la compression, en donnant de l'arsenic à l'intérieur. J'ai revu récemment cette malade, revenue à l'hôpital pour une névralgie sciatique ; elle était complètement guérie.

Quelle était cette affection singulière? De la mammite chronique ? J'affirme que non. Jamais on n'avait observé, jamais nous n'observâmes nous-même aucune trace de réaction inflammatoire locale. Je crois plutôt que nous avons eu affaire à une maladie kystique du sein, tout en reconnaissant que le diagnostic entre cette dernière affection et certaines hypertrophies fibreuses de la glande peut être singulièrement difficile.

En thèse générale, toutes les fois que je soupçonne l'existence d'une maladie kystique, je m'abstiens autant que je le peux.

J'ai opéré une dame de Montargis d'une tumeur que, après l'ablation, je reconnus être kystique. Elle avait alors quelques

nodosités dans l'autre sein ; elle les a encore ; plusieurs années se sont écoulées ; ces petites tumeurs restent stationnaires.

Sur une malade de Gisors, j'ai observé un cas semblable. Je l'ai débarrassée d'une tumeur bénigne d'un sein ; l'extirpation s'imposait en raison du volume considérable que la glande avait acquis. Depuis lors, l'autre mamelle s'est prise ; le mal, de ce côté, progresse très lentement. J'attends en surveillant.

Dans mon service, enfin, il y a deux ans, une malade venait me consulter pour une tumeur très volumineuse du sein. La glande du côté opposé avait été enlevée à Saint-Louis. Cette femme était toute disposée à subir une opération nouvelle. Je la rassurai et lui conseillai d'attendre. Les nodosités étaient évidentes, mais elles ne causaient aucune douleur ; leur accroissement était lent ; il n'y avait pas de ganglions. J'ai eu des nouvelles de cette malade ; son état reste stationnaire.

Voilà donc, au moins, trois cas où je me suis abstenu et n'ai pas pas eu à le regretter.

Aussi, quand on vient me présenter ces tumeurs comme des ébauches d'épithélioma, je ne puis ne pas être profondément surpris.

M. Trélat. Après avoir entendu le nouvel exposé de M. Reclus et les intéressantes observations de M. Verneuil, j'en reste à l'idée suivante : dans les cas types de la maladie de Reclus, il s'agit de kystes simples, et non de tumeurs du sein. La preuve en est que, comme l'a constaté notre collègue, après évacuation de la collection liquide, il ne reste rien sous le doigt.

Voilà un fait net et précis, qui peut servir de guide absolu à la thérapeutique. Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'un cas de ce genre, à savoir d'une tumeur totalement réductible par la ponction, je pense, comme vient de nous le dire M. Verneuil, que l'abstention sera de règle.

Si, au contraire, après cette évacuation, ou même après ces évacuations, s'attaquant aux foyers multiples de la tumeur, il reste une partie ferme et dure, un substratum néoplasique, l'intervention s'impose, ne fût-ce que pour vérifier la nature de cette partie suspecte.

A un point de vue plus général, j'en reviens à l'observation que je faisais précédemment. Le fait capital est celui-ci : Nous observons assez fréquemment, au sein, des tumeurs, ou soi-disant telles, sur le caractère desquelles je ne veux pas insister à nouveau, tumeurs dures, en apparence solides, qui sont en réalité constituées par des collections liquides.

Le diagnostic en est-il possible ? A cet égard, je dois faire re-

marquer que, malgré la symptomatologie si caractéristique qui a été assignée à ces productions, on a pu nous rapporter deux cas où le diagnostic a été fait *à l'envers ;* je veux dire que, dans deux cas, on avait cru reconnaître la maladie kystique, tandis que, en réalité, il s'agissait de tumeurs fibreuses.

Ne sait-on pas d'ailleurs que, même pièces en main, la détermination est parfois difficile ? Il est des cas limites, ceux où existe le substratum dont je parlais tout à l'heure, où l'on peut constater une véritable confusion des espèces. La transformation de la tumeur bénigne est en voie de se faire ; les limites histologiques primitivement assignées à la production sont franchies ; l'épithélium n'est plus cantonné dans l'acinus ; il pénètre dans les tissus fibreux voisins ; tout est à craindre alors.

Restons donc sur ce terrain solide, celui du kyste existant seul, sans addition d'aucune sorte. C'est là le véritable kyste acineux de la mamelle, celui qu'il faut s'efforcer de reconnaître et auquel on ne doit pas toucher.

Et puis, quel que soit le nom que l'on donne à cette forme, ne nous laissons pas aller à trop user de termes histologiques, bons dans un laboratoire, mais qui, en clinique, prêtent à confusion.

Pour l'histologiste, le mot épithélioma signifie seulement tumeur à développement épithélial ; il ne comporte aucune indication pronostique spéciale.

Pour le chirurgien, au contraire, il éveille l'idée de production envahissante, à prolifération active, à pronostic sévère.

Mieux vaut donc ne pas l'appliquer à une tumeur reconnue par tous d'essence bénigne, comme la maladie kystique.

M. Richelot. J'ai deux questions à poser à M. Reclus.

Et d'abord, quelle est, d'après lui, la fréquence relative de la maladie kystique ?

Il semble vraiment qu'on n'ait plus le droit aujourd'hui de parler de fibrome kystique et de cysto-sarcome du sein. Un chef de service ne peut plus, à l'hôpital, s'arrêter à ce diagnostic, sans que son interne le regarde d'un air de commisération, en lui disant : « Maladie kystique. » Véritablement, pour nos jeunes observateurs, la tumeur kystique est trop vite et trop facilement reconnue.

Ma seconde question est celle-ci :

Quel est le volume que peuvent acquérir les kystes de la maladie décrite par M. Reclus ?

Voici à quel propos je fais cette interrogation. J'observe en ce moment une jeune femme qui porte dans les deux seins, au-dessous et en dedans du mamelon, une tuméfaction qui n'a pas le

caractère de la maladie kystique. Cette femme, il y a trois ans, n'avait rien de semblable. Elle présentait à cette époque dans le sein gauche, au-dessus et en dehors du mamelon, une tumeur isolée, que je considérai comme étant un fibrome kystique et que j'enlevai; dans l'autre sein, il n'y avait rien.

Le diagnostic de tumeur bénigne me paraissait tellement certain que, pour des raisons d'esthétique, je ne fis qu'une ablation partielle et respectai le mamelon.

Quelques mois après, mon opérée revenait, portant dans l'un et l'autre sein la tuméfaction dure, granuleuse, bosselée, incorporée dans la glande, dont je parlais tout à l'heure, et qui pour moi est, à n'en pas douter, constituée par des kystes multiples.

Qu'est-ce à dire? Me serais-je trompé dans mon premier diagnostic? Je dois avouer qu'il me parut tellement évident, après ablation, que je ne songeai même pas à le faire vérifier au microscope. Est-il donc admissible que la maladie kystique se présente parfois, comme chez cette malade, avec un grand kyste prédominant, les tissus environnants semblant uniquement constitués par du tissu fibreux?

Et pourtant M. Reclus nous disait que la maladie kystique ne peut guère être confondue qu'avec le cancer, et non avec le cysto-sarcome. Il a peut-être tort, si, dans le cas que je viens de rapporter, j'ai eu, lors de mon opération, affaire à une maladie kystique, qui n'aurait fait, depuis, que poursuivre son évolution.

M. Quénu. La distinction faite par M. Trélat est celle qui répond le mieux aux indications thérapeutiques. Il y a des néoplasmes avec kystes que l'on doit enlever, et il y a la maladie kystique sans tumeur, décrite par M. Reclus : c'est de celle-ci seule que je veux parler. Or, il me paraît illogique d'admettre d'une part que la maladie kystique est un néoplasme, et d'autre part de conseiller l'abstention. Pour ma part, je conseillerai l'abstention, parce que je pense qu'il ne s'agit pas d'un néoplasme. Si j'avais l'opinion de MM. Brissaud et Reclus, j'interviendrais, car on sait que toute tumeur épithéliale, quelque bénigne qu'elle soit au début, est susceptible d'évoluer vers l'état métatypique et enfin vers le carcinome.

M. Reclus. Je répondrai à M. Richelot que certainement la maladie kystique du sein est plus fréquente qu'on ne le croit communément.

J'en ai réuni 25 observations, mais empruntées à 4 observateurs seulement; et si je tenais compte de tous les faits cités dans cette discussion, ce nombre s'accroîtrait singulièrement.

Quant au volume des kystes, oui, il peut être énorme; au point

que l'on a pu constater des ruptures spontanées, comme dans les observations de Roux et de Maunoury.

A M. Quénu, je réponds : Non, certes, je ne suis pas logique. Mais puis-je l'être en présence des contradictions des histologistes ? Galien dit oui, mais Hippocrate dit non. Qu'ils se mettent d'abord d'accord entre eux, et nous verrons alors. Jusque-là, il faut bien nous contenter de la cote mal taillée que je suis venu vous apporter.

Le jour où l'histologie pourra nous affirmer la bénignité, ou au contraire, la malignité de ces productions, croyez que je suivrai aveuglément ses indications.

Mais aujourd'hui, en l'état où en est la question anatomique, je suis bien obligé de dire que, dans le doute, je m'abstiens si la femme est jeune, si elle tient à ses seins, s'il y a des raisons morales ou sociales de les lui conserver ; que si, au contraire, elle a passé l'âge où les considérations de ce genre ont de la valeur, j'opère, puisque par là je ne compromets rien et que je sauvegarde l'avenir.

Et d'ailleurs, la décision à prendre est parfois singulièrement facilitée par les malades elles-mêmes, car elles demandent à être opérées, à être débarrassées du mal qui les tourmente et dont il y a, après tout, avantage à les délivrer.

En somme, la question, au point de vue clinique, peut être considérée comme tranchée. C'est la base anatomique qui manque. Les observations avec examen bien fait ne sont pas encore assez nombreuses. Nous pouvons espérer que cette discussion aura du moins ce résultat qu'aucune pièce de ce genre ne sera désormais perdue, et que la structure de la tumeur kystique pourra être avant peu définitivement établie.

Rapport

Sur deux observations de M. Doyen fils (de Reims),

par M. Schwartz.

Observation I. *Ostéotomie supracondylienne pour un genu valgum invétéré. Guérison.*

L'observation que vous a lue notre confrère comporte un nouveau succès à ajouter à ceux déjà si nombreux obtenus par l'ostéotomie de Mac Even, dans la cure du genu valgum. En voici le résumé :

Un homme de 35 ans est atteint, depuis l'âge de 18 à 19 ans, d'un

double genu valgum, surtout accentué à gauche, où, dans l'extension, le talon est éloigné de 32 centimètres de la ligne médiane. Le pied gauche, comme cela arrive le plus souvent dans ces cas, est en varus, afin de reposer sur le sol par sa plante, mais cette dernière déviation se réduit, dès que le malade est au repos. La déviation porte surtout sur la partie inférieure du fémur; au genou, le ligament interne offre encore une certaine résistance, toutefois il est possible de faire exécuter au talon, de droite à gauche, des oscillations d'une amplitude de 3 à 4 centimètres. La constatation de l'état des ligaments articulaires est, d'après M. Doyen, très importante pour le choix de la méthode opératoire; il a dû, dit-il, renoncer à l'ostéotomie supracondylienne chez un malade du même âge, atteint d'un genu valgum droit considérable, avec un relâchement tel des ligaments internes et croisés, qu'on pouvait faire décrire aisément à la jambe un arc de cercle de 12 à 15 centimètres au niveau du talon. Pour le malade actuel, il se décida à pratiquer l'ostéotomie par la méthode de Mac Even, un repos de quelques jours ayant déjà contribué à diminuer le relâchement des ligaments du genou.

L'opération fut faite, sous le chloroforme, en août 1886 et d'après les règles tracées par Mac Even. Le pansement, rigoureusement antiseptique, et l'attelle furent laissés en place cinquante jours, et le malade marcha au bout de soixante jours avec un appareil plâtré circulaire.

Actuellement, il est en excellent état et a repris une démarche normale; le genou est solide. La photographie jointe à l'observation nous montre le retour à une bonne conformation.

Comme nous le disions au début, c'est là un succès de plus à l'actif de l'ostéotomie suscondylienne, et il fait honneur à notre confrère. Les faits de ce genre étant pour ainsi dire devenus journaliers, je ne m'y arrêterais pas davantage si M. Doyen n'insistait pas, à deux reprises, sur l'état des ligaments articulaires qu'il considère comme très important pour le choix de la méthode opératoire. Si ces ligaments, et en particulier le ligament latéral interne, sont très relâchés, il recule devant toute tentative de redressement par l'ostéotomie. Je ne crois pas, pour mon compte, qu'il faille le suivre dans cette manière de voir. Dès qu'il existe un genu valgum, il y a par cela même des mouvements de latéralité, voire même d'hyperextension dans l'articulation; ces mouvements peuvent être plus ou moins étendus, suivant la dimension même des lésions; mais je ne pense pas qu'ils puissent constituer une contre-indication au traitement. Ne voit-on pas que, la plupart du temps, la consolidation du genou s'effectue en même temps que celle de l'ostéotomie, et, en supposant qu'une fois la guérison de cette dernière obtenue, de la mobilité anormale subsiste encore, n'aurait-on pas à sa disposition des appareils permettant l'immo-

bilisation du genou et une marche certainement beaucoup plus facile qu'avant la cure de la difformité. Pour terminer, je ne crois pas qu'il faille refuser le bénéfice de l'opération à un malade atteint de genu valgum, même avec des mouvements de latéralité très accentués, s'il n'y a pas, outre celle-là, d'autres raisons.

Observation II. *Fracture bimalléollaire vicieusement consolidée. Ostéotomie intra-articulaire du tibia et du péroné. Redressement du membre.*

La seconde observation de M. Doyen vise des faits d'un autre genre, quoiqu'il soit encore question d'ostéotomie.

Il s'agit d'un homme de 47 ans, ouvrier au chemin de fer, qui se fait, le 10 décembre 1885, une fracture bimalléolaire de la jambe droite. Il resta neuf jours sans appareil; au bout de ce temps, on lui appliqua un bandage ouaté et silicaté qui resta en place pendant vingt-deux jours. Le patient se lève alors, mais ne peut marcher. Le pied est dévié en dehors de telle façon que le bord interne seul repose sur le sol; c'est ainsi qu'il circule pendant onze mois, pouvant à peine se soutenir à l'aide d'une canne. A cette époque, il est vu par notre confrère. La déformation en « coup de hache » du péroné est considérable. Il y a une forte saillie de la malléole interne; l'articulation tibio-tarsienne est presque ankylosée dans sa position vicieuse; on propose le redressement par une opération sanglante.

Le blessé fut anesthésié. Puis on fit une incision interne transversale, la section du ligament latéral interne et l'ouverture de la jointure, qui fut légèrement ouverte par le renversement du pied en dehors, en prenant bien soin de ménager tous les tendons; faisant alors usage du ciseau et tournant le biseau vers la diaphyse tibiale, M. Doyen enleva un copeau curviligne intéressant la partie articulaire de la malléole interne, toute la moitié interne de la mortaise tibio-péronienne et finit en rien en dehors; il eut pour but essentiel de ménager la malléole interne ou au moins ce qui pouvait en être utile. Ceci fait, le péroné fut découvert par une incision verticale et sectionné d'abord le long du trait de la fracture, puis transversalement au niveau de l'interligne articulaire; cette seconde section mobilisa complètement le pied. Sutures des incisions aux crins de Florence; deux drains très courts; pansement à l'iodoforme et au coton sublimé; imperméable de gutta-percha; compression, puis appareil plâtré. Le pansement n'est levé qu'au bout de cinquante-deux jours. Soixante-cinq jours après l'opération, l'opéré commençait à marcher. Actuellement (avril 1887), le redressement est satisfaisant, mais il y a de la gêne dans la flexion du pied et encore un peu de gonflement; l'état s'améliore de jour en jour, et le malade fait de longues courses à pied sans canne.

M. Doyen avait déjà fait une opération analogue, quelque temps auparavant, sur un vieillard de 60 ans, atteint d'une fracture bi-

malléolaire vicieusement consolidée en coup de hache, avec large ulcération au niveau de la malléole interne hypertrophiée. On réséqua toute la surface ulcérée, puis l'articulation fut ouverte, et l'on pratiqua, avec le ciseau de Mac Even, l'ablation d'un coin de l'extrémité inférieure du tibia à base interne, finissant en rien en dehors; la malléole externe fut sectionnée au niveau de l'interligne articulaire. Aujourd'hui, le malade marche très bien, et il y a eu reproduction des mouvements dans la néarthrose.

Nous ne pouvons que féliciter M. Doyen des succès qu'il a obtenus, et qui sont attestés par les photographies annexées à son travail. Cependant, nous lui ferons quelques remarques au point de vue de la conduite de ses opérations. Dans les deux cas, il a commencé par ouvrir l'articulation en dedans, à faire la section tibiale; puis, seulement alors, il a procédé à celle du péroné. Nous croyons que l'ordre inverse eût été préférable, ou plutôt, qu'il vaut toujours mieux commencer par la section du péroné et finir par le tibia, et voici pourquoi : c'est qu'il peut très bien se faire que la réduction soit obtenue après l'ostéotomie du péroné seul, comme cela est arrivé récemment pour deux malades dont nous a entretenus notre collègue le Dr Reynier. Il est toujours temps, si la réduction est impossible après la section de la malléole externe, de recourir à l'ostéotomie du côté du tibia et de la malléole interne. Si la fracture est récente et ne date pas de plus de six semaines à deux mois, l'on doit tenter l'ostéoclasie soit manuelle, soit instrumentale, quitte à faire l'ostéotomie si elle ne donne aucun résultat. Nous avons réussi à redresser, par cette manœuvre, un pied dévié en valgus avec coup de hache, suite d'une fracture bimalléolaire vicieusement consolidée et datant de trois mois, chez une dame de 56 ans. La fracture manuelle du péroné, au niveau du col, suffit pour permettre le redressement du pied et le retour des fonctions qui avaient été très compromises. Quant au choix de l'endroit où l'on doit faire l'ostéotomie, il est difficile de se prononcer d'une façon générale, et c'est en se basant sur la physionomie de chaque cas en particulier, que l'on devra se déterminer pour tel ou tel niveau. Pour le péroné, c'est presque toujours au niveau du col qu'il faudra la faire et qu'elle a été pratiquée avec succès; s'il existait une union anormale des deux os, c'est sur la malléole externe même qu'il faudrait appliquer l'ostéotome ou le ciseau. Pour le tibia, on se guidera surtout sur l'état du col, sur celui de la jointure, pour faire telle ou telle section; si elle est intra-articulaire, il y aura avantage, comme l'a fait notre confrère, à conserver ce que l'on pourra de la malléole interne, de façon à garder la configuration générale de la mortaise tibio-péronière.

En terminant, nous nous bornerons à adresser des remerciements à M. Doyen, et, comme ses observations sont suffisamment résumées dans notre rapport, à vous proposer de les déposer dans nos archives.

Discussion.

M. Reynier. Je m'associe aux remarques que vient de présenter M. Schwartz. Chez deux malades, j'ai pu, à l'aide de la section du péroné seul, sans toucher à la malléole interne, obtenir le redressement du pied.

Communication.

Du drainage capillaire et du tamponnement antiseptique du péritoine à l'aide de la gaze iodoformée,

Par M. Pozzi.

I

La question des indications du drainage péritonéal, après les opérations graves pratiquées dans l'abdomen, est loin d'être résolue. Tandis que quelques opérateurs comme Lawson Tait, Sims, Nussbaum,Bardenheuer, Martin, en usent très largement, la plupart des laparotomistes le réserve pour des cas exceptionnels. On peut ranger sous trois chefs les principales indications qui ont été données pour le drainage :

1° Le suintement abondant du sang redouté après l'occlusion des parois abdominales;

2° L'existence dans la cavité péritonéale d'une surface septique susceptible de fournir des liquides dont la résorption serait nuisible;

3° La large déchirure du péritoine agissant comme double facteur; *a*) source de suintement persistant; *b*) entrave au pouvoir normal de résorption.

La première indication, isolée, est rarement suffisante. En effet, d'une part, en l'absence de larges décollements du péritoine, il est presque toujours possible de se rendre maître d'une hémorrhagie par la ligature, les lavages à l'eau chaude et la cautérisation au thermocautère. D'autre part, si la séreuse est à peu près intacte, le sang sera très vite résorbé, ainsi que le prouvent les expériences

déjà anciennes de Gluge et Thiernesse (1845), et les observations récentes de transfusion intra-péritonéale chez l'homme [1].

Le suintement sanguin n'est donc une véritable indication que lorsqu'il coïncide avec une large déchirure ou érosion de la séreuse du petit bassin. Alors, en effet, on ne peut plus compter sur une résorption prompte et complète, et l'on doit craindre la stagnation et la décomposition du sang épanché dans les dépressions et les anfractuosités, notamment dans le cul-de-sac de Douglas qui, dépouillé de sa surface absorbante, est devenu un véritable clapier (espace mort, *todter Raum* de Mikulicz).

Le danger d'infection est encore bien plus grand, lorsque, au lieu d'un suintement de sang, on a à craindre l'épanchement de matière ichoreuse, purulente ou septique. Tels sont les faits où il existe au moment de l'opération des lésions de pelvi-péritonite (Obs. VIII de Mikulicz [2]); ou encore ceux dans lesquels l'opérateur est forcé d'abandonner dans le ventre un lambeau de kyste ou de paroi d'abcès simplement gratté et cautérisé, parce qu'il adhère à des organes dont la blessure serait redoutable (Obs. III, *ibidem*); enfin, les cas où une perforation irremédiable ou imminente d'un des organes creux de l'abdomen crée un danger certain ou probable d'effusion de matière fécale ou d'urine (Obs. III, *ibidem*. — Obs. III, personnelle).

Dans les faits de cette seconde catégorie, il n'y a pas seulement nécessité de drainage; il faut encore, par un artifice opératoire, s'efforcer de limiter le champ d'invasion des matériaux septiques, favoriser, provoquer même la formation d'une inflammation protectrice sur les limites de la région condamnée à être infectée, de manière à faire, pour ainsi dire, *la part du feu* et à empêcher l'incendie septique de s'étendre hors d'un espace restreint où il sera facile de s'en rendre maître et de l'éteindre progressivement.

C'est à cette seconde indication que répond admirablement le *tamponnement antiseptique*.

II. — *Du drainage capillaire du péritoine.*

Je crois devoir le répéter pour qu'il n'y ait pas d'équivoque; le drainage, après les laparotomies en général, et surtout après l'ovariotomie, doit constituer une très grande exception [3]. Il ne saurait

[1] EDLER, Die traum. Verletzungen der parenchym. Unterleibsorgane (*Archiv f. klin. chirurg.*, p. 198; 1885).

[2] MIKULICZ, Ueber die Ausschaltung todter Raume aus der Peritonealhöhle, etc. (*Verhandlungen der Deutschen Gesallschaft für Chirurgie* p. 187 et suiv.; Berlin, 1886).

[3] SPENCER WELLS, *International medical Congress.* Londres, 1881. — SCHRÖDER. *Berlin. klin. Wochenschrift*, n° 16, 1882.

en être question dans les cas simples; mais j'ai esquissé plus haut les principales complications qui peuvent le rendre nécessaire.

L'immense majorité des chirurgiens emploie comme instrument de drainage, le *drain :* soit le tube en caoutchouc de Chassaignac, soit le tube de verre de Kœberlé, soit le tube en gomme durcie de Sims. Il est placé ou dans la plaie abdominale vers son angle inférieur, ou dans le vagin, par le cul-de-sac de Douglas. Je ne m'étendrai pas sur quelques procédés plus ingénieux que recommandables, tel que le filet de catgut de Bardenheuer destiné à isoler le cul-de-sac recto-vaginal, etc.

Du reste, tous les procédés, malgré leur diversité, ont ceci de commun : c'est qu'ils ne mettent à profit pour l'évacuation des liquides que la *vis a tergo*, sollicitée à la fois par la pesanteur, par la compression externe et par la pression intra-abdominale.

Lawson Tait, l'un des premiers, comprit si bien l'insuffisance de cette force, qu'il y joignit la *vis a fronte,* l'aspiration pratiquée par le tube toutes les trois heures. Mais la première idée d'utiliser constamment une force aspiratrice naturelle pour le drainage appartient à Hegar. La mention de son procédé a été faite d'abord par Kehrer [1], mais il a été exposé plus tard en détail par Wiedow [2]. Hegar se servait (à ce moment) de tubes de verre ou de gomme durcie de 3 à 5 centimètres de largeur sur 18 centimètres de longueur, qu'il introduisait soit par la plaie abdominale, soit par le vagin dans le cul-de-sac de Douglas ; il les remplissait, dans ses premiers essais, de ouate phéniquée à laquelle il substitua plus tard la gaze iodoformée. Cette substance absorbante était destinée, par sa capillarité, à pomper pour ainsi dire les liquides sécrétés. On la renouvelait le premier jour toutes les heures, plus tard toutes les deux heures et enfin toutes les quatre heures. Hegar a, depuis un certain temps, abandonné ce *spéculum abdominal* pour s'en tenir à la gaze iodoformée introduite directement dans le péritoine.

C'est Kehrer [3] qui, bientôt après, a formulé d'une façon précise les avantages de la capillarité appliquée au drainage péritonéal. Il proposa l'emploi de mèches de coton de la grosseur du petit doigt, analogues à celles qui servent pour les lampes à alcool, mèches désinfectées par la cuisson dans la solution phéniquée à 5 0/0. (Plus tard, de nombreux opérateurs adoptèrent la *mèche* rendue antiseptique par l'éther iodoformé.) Kehrer employa ce mode de

[1] F. A. KEHRER, Kapillardrainage der Bauchhöhle (*Centralblat f. Gynæk,* p. 36 ; 21 janvier 1882).

[2] W. WIEDOW, Die Drainage der Bauchhöhle und das Bauchspeculum (*Berliner klin. Wochenschrift*, n° 39 ; 1884).

[3] KEHRER, *loc. cit.*

drainage en le combinant avec l'emploi d'un tube de caoutchouc, dans un cas d'énucléation de kyste intraligamenteux. Une triple mèche fut placée dans le ventre, un des chefs dans le cul-de-sac de Douglas, les deux autres latéralement ; les extrémités libres, reliées à un tube de 1 centimètre de calibre et de 6 centimètres de longueur, ressortaient par la partie inférieure de la plaie abdominale et plongeaient dans un pansement de Lister. On retira mèches et tube au bout de vingt-deux heures; guérison. Kehrer propose, dans le même travail, de se servir, pour introduire et changer la mèche intra-péritonéale, d'une double canule analogue à celle de la trachéotomie.

Depuis le mémoire de Kehrer, l'usage des mèches antiseptiques, phéniquées ou iodoformées, s'est beaucoup répandu en Allemagne, soit pour la gynécologie, soit pour la chirurgie générale. Breisky s'en est servi pour faire le drainage après l'extirpation totale, par le vagin, de l'utérus cancéreux. Billroth, après les avoir longtemps employées à divers usages, m'a paru (dans un nouveau voyage que j'ai fait à Vienne l'an dernier) les avoir abandonnées pour s'en tenir aux lanières de gaze iodoformée. Pourtant les mèches semblent avoir repris récemment une faveur toute nouvelle. Gersung [1] proclame leur supériorité absorbante sur la gaze, et Chrobak [2] s'est efforcé de la démontrer par des expériences comparatives; il les a employées pour le drainage après l'ovariotomie et l'hystérectomie sus-vaginale.

Toutefois, nous voyons des opérateurs de la valeur de Hegar, Mikulicz, etc., déclarer que le pouvoir absorbant de la gaze est parfaitement suffisant ; de plus, il y a tout intérêt à ne pas compliquer sans utilité évidente le matériel des objets de pansement.

Les indications du *drainage capillaire simple du péritoine*, indépendamment de sa combinaison avec le *tamponnement*, sont, je crois, très limitées. Je ne l'emploie, pour ma part, qu'après l'hystérectomie vaginale. Au lieu d'introduire un ou deux tubes dans l'ouverture du péritoine, ou de la laisser béante, comme font beaucoup de chirurgiens, je préfère, après l'avoir un peu réduite par deux points de suture latéraux, y enfoncer à une profondeur d'un pouce environ une large lanière de gaze iodoformée, doublée à son extrémité supérieure, et dont les deux chefs sont ensuite pelotonnés dans le vagin et rendus reconnaissables en y nouant un fil. Au bout d'un temps variable, selon l'abondance du suintement, on renouvelle les autres bandelettes de gaze iodoformée qui complètent le pansement intravaginal, laissant en place la lanière placée

[1] Gersung, *Centralbl. f. Chirurg.*, n° 31; 1887.
[2] Chrobak, *Centralbl. f. Gynækol*, n° 1; 1888.

dans le cul-de-sac de Douglas, qui fait l'office de drain. Ce n'est qu'au bont de six à huit jours que cette dernière est enlevée.

III. — *Du tamponnement antiseptique du péritoine.*

Certes, c'est une idée hardie que de bourrer une partie de la cavité péritonéale avec des *tentes* antiseptiques, de façon à isoler du reste de la séreuse la portion tamponnée — durant les premières heures, par le rempart seul que forme l'agent du tamponnement, bientôt après par les adhérences limitatrices qu'il provoque à sa périphérie. Cette audace, certainement, a été inspirée par le succès du tamponnement des plaies, substitué au drainage, selon les procédés de Kocher et de Bergmann [1]. Puis est venue l'application de ce procédé en gynécologie, pour l'ouverture de certaines suppurations du petit bassin, par Hegar [2]. Enfin, le tamponnement proprement dit du péritoine a été préconisé par M. Mikulicz [3]. Il a été employé en Allemagne et en Amérique [4], mais je n'ai trouvé aucune observation de ce genre en Angleterre et je crois pouvoir être certain de l'avoir appliqué le premier en France.

Je décrirai brièvement la technique de ce procédé avant de résumer les observations qui montreront, plus que de longs développements, quels sont les services qu'il est appelé à rendre.

Technique. — Mikulicz conseille d'abord de placer, au fond de la cavité qu'on désire tamponner, une sorte de bourse faite en y enfonçant un morceau de gaze iodoformée à 20 0/0. On a pris soin de fixer au milieu de cette pièce de gaze un double fil de soie antiseptique qui doit aider plus tard à la retirer plus facilement. Ces fils sortent à l'extérieur par l'ouverture de la bourse quand elle est en place ; pour ne pas perdre de temps, on peut la confectionner avant l'opération et la conserver dans l'eau phéniquée à 5 0/0. Une fois la bourse placée, on y introduit deux à cinq longues lanières de gaze iodoformée qu'on y tasse de manière à l'appliquer sur toute la surface de la cavité. Leur extrémité supérieure dépasse le col de la bourse et sort avec lui par l'extrémité inférieure de la plaie abdominale.

[1] F. Bramann, Ueber Wundbehandlung mit Iodoformtamponnade (*Archiv f. klin. Chir.* Bd. XXXVI, p. 72.)

[2] Wiedow, Operat. — Behand. der genital. Tuberc. (*Centralb. für Gynæk.* septembre 1885.

[3] Mikulicz, *loc. cit.*

[4] Christian Feuger, The operative treatment of retro-peritoneal cysts in connection with Mikulicz's method of drainage (*The Americ. Journ. of Obstetrics*, p. 763; juillet 1887).

Je crois qu'on peut simplifier souvent ce procédé et se borner à enfoncer directement dans la profondeur de la cavité des lanières de gaze.

Une bonne précaution consiste à introduire en même temps un gros drain qui sert pour ainsi dire de centre au tamponnement et qui met à l'abri de toute rétention, au-dessous de lui, de liquide trop épais pour filtrer à travers la gaze.

Je recommande aussi de n'employer que de la gaze iodoformée débarrassée par le battage de tout excès d'iodoforme pulvérulent. J'ai en effet observé une fois des signes d'intoxication iodoformée légère, et Mikulicz l'a notée également dans une de ses observations. Enfin, je trouve utile de distinguer par une marque spéciale — par un fil coloré, par exemple — les diverses bandes de gaze pour savoir dans quel ordre on doit les retirer.

Combien de temps doit-on laisser en place le tamponnement? Mikulicz recommande de ne retirer les bandelettes intérieures qu'après quarante-huit heures et de n'enlever le sac lui-même que deux ou trois jours plus tard. Il est facile de procéder sans difficulté à l'enlèvement des bandes de gaze, si on suit ma recommandation de faire une marque distinctive permettant d'ôter d'abord les plus superficielles, puis les plus profondes. Sans cela on s'expose à des tiraillements fâcheux.

Si le tamponnement intérieur doit être respecté un temps assez long pour qu'une péritonite plastique aseptique ait le temps de se former autour de lui et de le circonscrire, il va sans dire qu'on devra changer le pansement extérieur aussi souvent qu'il sera nécessaire, c'est-à-dire environ trois fois par jour. Il s'imbibe en effet très rapidement de la sérosité sanguinolente que sécrète le fond de la plaie et que lui transmet le *tampon*, par drainage capillaire.

Il est impossible de donner des règles *absolues* pour les cas qui réclament le tamponnement, pas plus qu'on ne peut le fixer pour le drainage. Une grande part est laissée au tact de l'opérateur. Le tamponnement doit être assurément un moyen d'exception, une *ultima ratio*, soit contre l'hémorrhagie en nappe (*tamponnement hémostatique*), soit contre une menace d'infection (*tamponnement antiseptique protecteur*). Dans ce dernier cas, deux circonstances différentes peuvent se présenter : *A*. L'infection d'une partie de la plaie existe au moment de l'opération, par suite de l'affusion de pus, de matière septique ou grâce à la présence d'une portion de tissu infecté qu'il serait dangereux d'enlever. *B*. L'infection est à redouter après l'occlusion de la plaie abdominale, par déhiscence d'une suture faite dans des conditions mauvaises, par perforation

d'un organe compromis avant ou pendant l'opération (intestin, vessie).

J'établis ces divisions pour les observations qui suivent :

Tamponnement hémostatique.

OBSERVATION I. — *Kyste intraligamenteux. Décortication laborieuse, large déchirure du péritoine. Ablation des deux ovaires et des deux trompes.*

Ber... (Adèle), 47 ans, 1 enfant. Malade depuis 4 ans ; le ventre augmente depuis quelques mois. Douleurs vives. Métrorrhagies incessantes. On a diagnostiqué ailleurs un corps fibreux avec pelvi-péritonite. Opération le 1er juillet 1887. Kyste intraligamenteux droit de la grosseur de la tête. La trompe est étalée à sa surface en écharpe, considérablement hypertrophiée. La trompe du côté opposé est épaisse, rouge, manifestement malade. Elle est enlevée ainsi que l'ovaire correspondant. Ponction et décortication laborieuse du kyste, très adhérent. On doit sacrifier une grande partie de son revêtement péritonéal. Il était adhérent en arrière au cul-de-sac de Douglas. Malgré de nombreuses ligatures, suintement sanguin abondant que n'arrête pas le lavage à l'eau chaude. L'hémorrhagie se fait en nappe par plusieurs points profonds. Vu ce suintement persistant et la large déchirure du péritoine, ce qui fait redouter une résorption difficile, le chirurgien procède au tamponnement. Quatre larges lanières de gaze iodoformée sont introduites directement sur les surfaces saignantes au fond du bassin. Leurs chefs sortent par la partie inférieure de la plaie abdominale, qui est réunie au-dessus par 3 points de suture.

Suintement sanguinolent abondant dans le pansement extérieur. On retire, le 4e jour, une première bandelette; le 5e une seconde, le 6e le reste de la gaze iodoformée et on met à la place un tube. Un peu de céphalalgie et d'anorexie font soupçonner un léger degré d'absorption iodoformique que confirme l'examen de l'urine. On substitue au premier mode de pansement de la gaze phéniquée. L'orifice reste longtemps fistuleux et ne se ferme qu'après qu'on a successivement enlevé avec les pinces et la curette plusieurs fils de soie phéniquée qui sont venus se rassembler au fond du trajet laissé par la gaze.

La malade se portait parfaitement bien un mois après son opération, avait repris bonne mine et se levait. Mais le trajet fistuleux ne fut guéri que trois mois plus tard, en novembre. Elle a été revue depuis peu en parfaite santé.

Tamponnement hémostatique et protecteur.

OBS. II. — *Kyste papillaire suppuré, intraligamenteux. Décortication pénible. Suintement sanguin persistant.*

Char... (Delphine), 33 ans, malade depuis 2 ans. Douleurs dans le ventre et les reins, augmentation de volume du ventre. En août 1887,

crise douloureuse aiguë. Symptômes d'inflammation du kyste. Opération 28 octobre 1887. Kyste intraligamenteux du volume de la tête; la ponction retire environ un litre de liquide visqueux puriforme; le kyste contient en outre des productions papillaires. La poche est partout fortement adhérente à son revêtement péritonéal et adhérente postérieurement aux parois du bassin. La décortication est pénible et accompagnée de dilacération de la séreuse; assez forte hémorrhagie au niveau de la corne gauche de l'utérus, à laquelle adhérait la tumeur; l'hémorrhagie est arrêtée par une suture en surjet au catgut.

La loge où était le kyste forme une excavation profonde et à surface irrégulière, où se fait un suintement persistant.

Lavage à l'eau bouillie chaude.

Vu le suintement sanguin, vu aussi l'infection possible de la surface cruentée par le contenu septique du kyste, le chirurgien fait le tamponnement de cette cavité avec un sac de gaze iodoformée, rempli de bandelettes, suivant le procédé de Mikulicz. La gaze a été préalablement battue pour la débarrasser de l'excès d'iodoforme.

Le 30, deux jours après l'opération, on commence à enlever les bandelettes intérieures. Quatre jours après, seulement, on enlève le sac et on place un drain.

Il n'y a de pus à aucun moment dans la plaie qui se ferme très rapidement. La malade sort au bout d'un mois et demi, guérie. Un petit abcès superficiel, causé par le frottement de sa ceinture, est survenu ultérieurement, et s'est guéri très vite.

Tamponnement protecteur.

Obs. III. — *Double pyosalpynx d'origine blennorrhagique.*

Cor... (Maria), 21 ans, pas d'enfants. Débute, il y a 2 ans, par des douleurs vives dans le petit bassin. On lui a fait à ce moment des cautérisations du col de l'utérus; elle reste 7 mois à l'hôpital de Caen, puis vient à Paris et entre dans le service de M. Martineau, à Lourcine, et y est soignée pour une affection ainsi désignée par notre collègue « adéno-pelvi-péritonite et uréthrite blennorrhagique ». La malade reste 5 mois dans le service; à peine en est-elle sortie, qu'une métrorrhagie abondante la force à rentrer à la Charité d'où elle nous est adressée. Elle assure avoir rendu à plusieurs reprises du pus par le rectum. Opération le 19 décembre 1887. On trouve les deux trompes transformées en un sac de pus, séparé de la corne utérine par une petite portion saine. A gauche, le volume de la poche égale celui d'une poire ordinaire; il est moindre à droite. On les enlève successivement; l'ablation du pyosalpynx gauche est très laborieuse, la tumeur est repliée dans le cul-de-sac de Douglas et adhère de tous côtés, surtout au rectum. Pendant qu'on la détache, elle se rompt et du pus verdâtre souille le cul-de-sac. On lave à l'eau bouillie, et l'on fait avec soin la toilette du péritoine. La face antérieure du rectum paraissant très amincie dans le point où la poche purulente lui adhérait, et bien

qu'aucune solution de continuité n'y soit visible, on redoute qu'il s'établisse une perforation à ce niveau, surtout en tenant compte des renseignements donnés par la malade sur les évacuations de pus par cette voie. C'est surtout en vue de cette perforation possible qu'on se décide à faire le tamponnement. Il est effectué par le placement direct de lanières de gaze iodoformée battues dans le fond du cul-de-sac de Douglas. Les extrémités sortent par l'angle inférieur de la plaie abdominale.

L'événement devait montrer combien cette précaution était justifiée.

Le lendemain, 20 décembre, on retire une lanière et on la remplace par un tube. Le surlendemain, 21 décembre, on prescrit un lavement au vin pour provoquer les contractions intestinales ; *il vient souiller la gaze du tamponnement et le pansement abdominal.*

Dès ce moment, la plaie donne passage en grande abondance à des matières fécales et à des gaz. On continue à la tamponner légèrement avec la gaze iodoformée battue autour d'un drain, et on fait de fréquents lavages à l'acide borique. Le trajet se resserre de plus en plus; à la fin de janvier 1888, il n'y a plus qu'un très petit orifice, par lequel s'échappent de temps en temps des gaz, au dire de la malade, mais sans aucun suintement fécaloïde. L'opérée a repris les apparences d'une santé parfaite et aide les infirmières dans leur besogne. On vient de faire tout récemment un grattage suivi de cautérisation au thermocautère du trajet fistuleux, qui admettait à peine une sonde cannelée à la profondeur d'un pouce ; nul doute que son oblitération ne soit ainsi obtenue.

Discussion.

M. Bouilly. Je voudrais faire remarquer à M. Pozzi que maintenant, depuis que nous pratiquons couramment le lavage abondant du péritoine dans les laparotomies, les indications de drainage deviennent de moins en moins fréquentes.

Je puis, à cet égard, donner les résultats de ma pratique personnelle. Sur 37 laparotomies faites pour des cas divers, je n'ai eu que cinq fois occasion de faire le drainage du péritoine; et jamais je n'ai eu à me repentir de ne l'avoir pas pratiqué.

Grâce aux lavages à l'eau bouillie, qui sont à la fois antiseptiques et hémostatiques, j'ai pu décortiquer de grands kystes de l'ovaire et procéder aux ablations les plus difficiles de pyosalpinx, sans ombre d'accidents consécutifs.

J'ai dit que j'avais cinq fois pratiqué le drainage : deux fois pour des péritonites suppurées post partum; deux fois pour salpingites suppurées ; une fois pour un kyste intraligamenteux.

Dans tous ces cas, je me suis servi de tubes en caoutchouc vulgaire, du plus gros calibre possible, placés dans le cul-de-sac de Douglas. J'ai toujours été étonné de la quantité considérable de sérosité qui s'écoulait dans les quarante-huit premières heures

qui suivent l'opération, témoignant de l'utilité du moyen employé. Au bout de ce temps, je les retire toujours.

Je n'ai pas l'expérience de la gaze iodoformée appliquée à la façon de Mickulicz et de M. Pozzi, ne l'ayant jamais mise en usage.

Je reproche à cette pratique la difficulté que l'on peut éprouver à enlever cette *tente* de gaze, et surtout la nécessité où l'on est de retoucher, au bout de quelques jours, à la plaie péritonéale, ce qui ne me paraît pas compatible avec une antisepsie parfaite.

Avec les tubes, retirés comme je l'ai dit, en quarante-huit heures tout est fini et fermé.

M. Terrillon. Je partage absolument l'avis de M. Bouilly. Je crois que l'on doit recourir au drainage dans les laparotomies le plus rarement possible ; dans certains cas de salpingites d'extraction très difficile, de tumeurs énormes et très adhérentes.

Je crois aussi que, le plus souvent, alors, le drain largement perforé doit suffire.

Le moyen conseillé par M. Mikulicz doit donc être réservé aux cas où l'on se trouve en présence de grandes surfaces suppurantes.

Dans mes dix-huit observations de salpingites, opérées par laparotomie, je n'ai eu que deux fois recours au drainage.

M. Pozzi. Je me suis gardé d'aborder la question générale du drainage dans les laparotomies. Le sujet est trop vaste, et nous entraînerait trop loin. Je me contente donc de dire, que moi aussi, je crois qu'il faut y avoir recours le plus rarement possible, et comme mes collègues, je considère que le procédé de M. Mikulicz ne doit être appliqué que dans des cas tout à fait exceptionnels.

En somme, je suis d'accord avec eux sur ces trois points: 1° que l'indication du drainage du péritoine se présente très rarement ; 2° que, lorsqu'il s'impose, le drain de caoutchouc suffit le plus souvent ; 3° qu'exceptionnellement, dans certaines circonstances déterminées, le moyen conseillé par M. Mikulicz peut rendre service.

Il en était ainsi dans le cas que je vous ai rapporté, dans lequel le rectum communiquait avec le péritoine. Je demande donc que ce procédé ne soit pas *a priori* rejeté.

Lecture et présentation de malade.

M. Delorme présente un jeune homme, âgé de 15 ans, auquel il a pratiqué une *résection métacarpo-phalangienne du pouce droit pour une luxation complète, récidivante, du pouce en arrière.*

Cette luxation datait de l'âge de 8 ans; elle était des plus aisées à réduire, mais se reproduisait avec la plus grande facilité.

Le blessé avait déjà cherché, pendant plusieurs années, à contenir lui-même sa luxation, sans succès; un appareil plus perfectionné, construit par un habile fabricant d'instruments de chirurgie, ne réussit pas davantage. Aussi, pleinement convaincu de l'impuissance des appareils contentifs, M. Delorme se décida-t-il à pratiquer la résection des surfaces articulaires luxées.

L'opération ne présenta rien de particulier. Elle fut même facilitée par la luxation des surfaces. Celles-ci furent aisément abrasées au bistouri, puis réunies par deux crins de Florence. La réunion par première intention fut obtenue et le résultat définitif, observé un mois et demi après l'opération, est satisfaisant. L'articulation métacarpo-phalangienne n'est plus que très légèrement mobile, ce qu'on avait recherché; mais la mobilité des articulations métacarpo-carpienne et phalango-phalangienne est largement suffisante pour permettre au blessé d'exécuter aisément et avec force les mouvements d'adduction et d'opposition.

Ce malade a déjà été présenté à M. Nimier dans la séance du 9 novembre 1887.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,
CH. MONOD.

Séance du 7 mars 1888.

Présidence de M. LE DENTU, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend:

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Épingles à cheveux dans la vessie. Déchirure du lobule de l'oreille, réparation. Résection de la hanche. Ligature de l'artère carotide primitive*, par le Dr A. REVERDIN (de Genève), membre correspondant;

3° *Rupture traumatique de l'urèthre; uréthrotomie externe sans résultat. Taille hypogastrique; guérison;* par M. Bigot (Commissaire : M. Kirmisson);

4° *Suicide par arme à feu; plaie pénétrante de l'abdomen; considérations;* par le Dr Tartière, médecin-major de l'armée (Commissaire : M. Chauvel);

5° M. de Saint-Germain demande à être nommé membre honoraire de la Société.

A propos du procès-verbal.

Du drainage dans les laparotomies.

M. Terrier. J'étais absent à la dernière séance lorsqu'il a été question du drainage dans les laparotomies; je vous demande d'y revenir en quelques mots.

Je n'ai pas à apprécier le procédé de Mikulicz, je m'attache surtout aux remarques qu'a soulevées la communication de M. Pozzi.

Mes collègues et amis, Bouilly, Pozzi, Terrillon, ont tous trois été d'accord pour dire qu'actuellement on doit avoir le moins souvent possible recours au drainage. Ils ont soutenu de plus que, lorsqu'on croit devoir le pratiquer, les moyens les plus simples sont les meilleurs; le tube en caoutchouc bien perforé est, en effet, infiniment supérieur aux drains en os décalcifié, en verre, etc.

Sur ce second point, je pense comme eux. Mais, sur le premier, je crois devoir faire quelques réserves.

Par une singulière coïncidence, il se trouve que depuis deux mois, j'ai été sept fois dans la nécessité d'employer le drainage, à la suite de laparotomies faites pour des cas divers.

Voici l'énumération de ces cas :

Opérations faites avec drainage.

1° 13 *décembre* 1887. — Ablation de la trompe et d'un kyste hémorrhagique. Rupture du kyste. Toilette minutieuse avec des éponges. Drainage. Guérison.

2° 3 *janvier* 1887. — Pyosalpingite suppurée. Tumeur incluse dans le ligament large. Rupture de la tumeur. Toilette minutieuse avec les éponges. Drainage. Guérison.

3° 17 *janvier* 1888. — Kyste hydatique de l'épiploon et des deux ovaires. Ablation du kyste et des deux ovaires. Rupture de la poche suppurée de l'épiploon. Toilette minutieuse avec des éponges. Drainage. Guérison.

4° 24 *janvier* 1888. — Tumeur ganglionnaire du mésocôlon iliaque. Ablation difficile. Drainage de la poche rétro-péritonéale. Guérison.

5° 31 *janvier* 1888. — Kystes multiloculaires avec ascite chez une femme âgée de 65 ans. Ablation difficile. Toilette aux éponges. Drainage. Guérison.

6° 21 *février* 1888. — Abcès rétro-utérin. Toilette aux éponges. Drainage. Guérison.

7° 26 *février* 1888. — Abcès rétro-utérin très fétide. Toilette. Drainage. En voie de guérison.

De ces faits, je crois que l'on peut tirer deux ordres de conclusions : les unes, relatives au lavage du péritoine ; les autres, au drainage dans les laparotomies.

Pour ce qui est du premier point, vous remarquerez que je n'ai jamais eu recours au lavage du péritoine. Je n'ai jamais hésité, dans les cas les plus graves, à me contenter de faire une toilette exacte de la cavité péritonéale à l'aide d'éponges. Suivant la pittoresque expression de mon ami M. Lucas-Championnière, les éponges ne sont pas des « animaux aussi malfaisants que l'on pourrait croire »; il suffit, pour qu'on puisse les employer sans danger, de les rendre suffisamment aseptiques.

Je ne conteste donc pas que le lavage du péritoine ne soit une chose excellente, mais on voit que l'on peut s'en passer; mes faits le prouvent.

Pour ce qui est du drainage, je m'écarte aussi un peu de l'opinion exprimée par mes collègues. Autrefois, il est vrai, comme eux, je le redoutais; aujourd'hui, j'arrive à le mettre bien plus facilement en usage.

Je crois, en effet, que, pratiqué avec les précautions antiseptiques que j'emploie, et, particulièrement, en enveloppant l'extrémité du drain de gaze iodoformée, il est sans danger.

Contrairement à ce que vous a dit M. Bouilly, je n'ai pas été frappé de la quantité énorme de liquide que fournit le tube; dans mes observations, l'écoulement a été suffisant, mais n'a jamais rien présenté d'extraordinaire.

Je ne crois pas non plus, comme notre collègue, qu'il faille se hâter de supprimer le drain. Il m'importe peu qu'il reste en place plus ou moins longtemps. Il se fait autour de lui un trajet qui l'isole rapidement de la cavité péritonéale ; son maintien est dès lors sans inconvénient. Je ne l'ai retiré parfois qu'au bout de quinze jours ou trois semaines.

Je n'ai pu évidemment vous donner ici qu'un court aperçu de ma pratique. Il n'était pas sans intérêt cependant de dire que le drai-

nage, pratiqué sans lavage du péritoine, a donné, dans sept opérations graves, les meilleurs résultats.

M. Terrillon. M. Bouilly étant absent, je prends seul la parole pour répondre en quelques mots à M. Terrier.

Je n'ai jamais dit que j'avais peur du drainage. Bien, au contraire, je n'ai eu qu'à m'en louer, toutes les fois que j'y ai eu recours.

Mais je continue à croire que mieux vaut s'en passer lorsqu'on le peut, et que précisément le lavage de la cavité péritonéale permet, dans bien des cas, d'échapper à la nécessité d'y laisser un tube à demeure.

Je réserve donc le drainage aux cas absolument graves, dans lesquels les désordres produits pendant l'opération ont été étendus, dans ceux, par conséquent, où le lavage ne me paraît pas donner des garanties suffisantes contre l'infection.

Rapport

Sur quatre observations d'arthrectomies du genou faites pour des tumeurs blanches, par le Dr Delorme, professeur au Val-de-Grâce,

Par M. Chauvel.

« Dans l'espace de quinze mois, » dit M. Delorme, « nous avons pratiqué quatre fois cette opération peu utilisée encore en France, ainsi qu'en témoigne la pénurie des documents relevés par M. Jalaguier dans sa thèse d'agrégation. Nos quatre blessés ont guéri, deux avec fistules, deux d'une façon complète et remarquable. » Telles sont les courtes remarques dont notre collègue fait précéder les observations de ses opérés. Vous avez vu, parmi ceux-ci, les deux malades guéris sans fistules, et vous avez pu constater qu'avec le genou ankylosé dans la rectitude, ils possédaient un membre utile, capable de supporter le poids du corps et de fournir une marche assez longue. En somme, le résultat paraissait des plus satisfaisants, s'il était définitivement acquis.

Mais, à côté de ces faits heureux, M. Delorme nous donne deux observations où, malgré l'ablation de toute la synoviale fongueuse et de tous les ligaments, la guérison est restée incomplète.

La première a trait à un jeune soldat atteint d'une arthrite fongueuse récente, contre laquelle aucun traitement spécial n'avait été tenté avant l'arthrectomie. Celle-ci fut méthodiquement pratiquée, et le plus grand soin apporté dans l'abrasion, l'extirpation des

tissus malades, et dans les pansements ultérieurs. Malgré ces précautions, la cicatrice s'ulcéra vers le 15e jour, l'ulcération se reproduisit, nonobstant des cautérisations au fer rouge, et quand le militaire fut réformé, huit mois après l'opération, si l'ankylose était complète et la marche facile, la fistule n'avait pas cédé. Qu'est devenu cet opéré? Il serait très intéressant de le suivre, afin de voir si la suppuration persistante n'est pas le fait d'une altération osseuse, antérieure peut-être à l'intervention, mais qui ne s'est pas manifestée à ce moment par des signes suffisants pour la reconnaître. Ce n'est, en effet, qu'après un temps assez long, qu'il est permis, dans les affectious tuberculeuses des jointures, d'affirmer la guérison.

L'autre observation est moins favorable encore. Elle a trait à un marin, âgé de 48 ans, atteint, en 1885, d'une arthrite fongueuse du genou gauche, consécutivement à une hydarthrose traumatique. Entré à l'hôpital du Val-de-Grâce, en septembre 1886, cet homme y subit les traitements habituels de la tumeur blanche, jusqu'en février 1887. Il existait alors un gonflement considérable, mais indolore de la jointure, les os paraissaient sains, les mouvements limités, mais libres dans une certaine étendue. L'arthrectomie pratiquée d'après la méthode habituelle, les os furent trouvés intacts, bien que l'extension des lésions obligeât notre collègue à enlever tous les ligaments, les ménisques et même la rotule.

Dès le 18e jour, l'issue de masses fongueuses par les orifices des drains annonçait une récidive locale. Là ne se bornèrent pas les accidents. De volumineux abcès se formèrent à la cuisse, à la jambe, dans le creux poplité; il fallut les ouvrir, curer, cautériser plusieurs fois, et un trajet fistuleux persistait encore au septième mois, quand fut rédigée l'observation. J'ai pu suivre ce malade jusqu'aux jours derniers, et je dois dire que son état local, comme son état général, laissait grandement à désirer. Il portait encore trois ouvertures fistuleuses autour du genou, fistules suppurantes avec des téguments épaissis, rouges et très douloureux à leur pourtour. Le pied placé en varus équin et à demi ankylosé, rend très difficile, presque impossible, la station verticale et la marche. En un mot, si le résultat désiré, l'ankylose rectiligne de l'article tibio-fémoral n'a pas fait défaut, il n'est pas contestable que l'arthrectomie, si complète qu'elle ait été pratiquée, n'a pas enlevé tout le mal. C'est un insuccès complet, et qui doit nous rendre très circonspects quand il s'agit d'opérations de ce genre chez des sujets âgés de plus de 40 ans.

Les deux opérés que M. Delorme nous a fait voir, étaient d'un âge moins avancé. L'un, âgé de 24 ans, présentait à son entrée à l'hôpital, en mai 1887, un nodus synovial tuberculeux circonscrit,

sans lésion osseuse apparente. Cependant, l'opération montra dans le condyle interne du fémur une cavité remplie de fongosités et de matière caséeuse. La synoviale complètement extirpée, le condyle largement évidé, la rotule fut enlevée bien que saine. Vers le 15e jour, bourgeon fongueux au niveau de l'un des drains, nécessitant une cautérisation au fer rouge. Quelques jours plus tard, au niveau de la cicatrice d'un abcès rotulien, ulcérations qui se ferment lentement. Le malade nous ayant été présenté en octobre dernier, la guérison était très récente à ce moment, puisque l'arthrectomie ne datait que de quatre mois. On voit qu'ici, comme chez les deux premiers malades, le résultat favorable fut un instant menacé par la récidive locale de la tuberculose, et qu'il sera du plus grand intérêt de ne pas perdre de vue le blessé d'ici à quelques années.

Ce n'est en effet qu'au bout d'un temps suffisamment long qu'il sera permis de croire à la guérison définitive, et sous ce rapport le quatrième fait de notre distingué collègue pèche malheureusement comme le précédent. Il s'agit d'un homme de 32 ans, soigné depuis plusieurs mois pour des douleurs violentes du genou, accompagnant une arthrite subaiguë. Sous l'influence de l'immobilisation, de la compression, des cautérisations, le gonflement disparaît, la jointure s'ankylose; seules les douleurs persistent, si considérables, que M. Delorme qui s'était d'abord refusé à intervenir, finit par céder aux instances du patient. L'arthrectomie est faite en juin 1887, elle montre une ostéite étendue avec nécrose limitée à la face interne de la rotule. On enlève la rotule, la synoviale du cul-de-sac sous-tricipital, et l'on abrase avec la curette plusieurs diverticules s'étendant en haut sous le triceps jusqu'au tiers moyen de la cuisse.

Quelques gouttes de pus dans la loge rotulienne; une mortification partielle de la peau altérée par des applications réitérées de pointes de feu, sont les seuls accidents, et l'opéré marche au bout de deux mois sans appareil de soutien. On voit qu'il s'agit ici d'une arthrectomie seulement partielle; l'ankylose existait avant l'opération; elle s'était formée sous l'action du traitement ordinaire.

Il me paraît difficile de tirer d'un nombre aussi faible d'observations des conclusions fermes sur la valeur de l'arthrectomie dans le traitement des tumeurs blanches du genou; d'autant plus difficile que je n'ai, en ce qui concerne cette opération, aucune expérience personnelle. Nous savons tous avec quelle difficulté guérissent chez les adultes, malgré les médications les plus rationnelles, malgré le repos, la compression, l'immobilisation absolue et prolongée pendant des mois, les arthrites fongueuses des grandes articulations. La localisation des lésions à la synoviale

seule a conduit à remplacer la résection osseuse, par l'abrasion, l'enlèvement de la séreuse articulaire altérée. Théoriquement l'arthrectomie est ici plus rationnelle que la résection, puisqu'au membre inférieur, elle conduit comme cette dernière à l'ankylose, tout en ménageant la longueur du membre. Au besoin, du reste, elle permet l'enlèvement des parties osseuses altérées, l'excision des extrémités articulaires mises largement à découvert.

Dans les opérations faites par notre collègue, si la guérison a fait parfois défaut, c'est par la reproduction rapide de fongosités tuberculeuses. Si nous nous demandons où s'est faite la récidive, tout nous montre qu'elle a eu pour siège, non les os, non les restes de la capsule fibreuse articulaire, mais le trajet des drains dans les parties molles. Il n'est pas rare en effet, quand on ouvre une jointure atteinte de tumeur blanche, de constater que les fongosités, loin de se borner à envahir la synoviale, ont détruit la capsule fibreuse, et, la perforant en certains points, sont arrivées jusque dans le tissu sous-cutané et atteignent la peau elle-même dans ses couches profondes. Dans ces conditions, si bien qu'on ait gratté la séreuse, abrasé, excisé les tissus malades, comme on ne se décide pas facilement à enlever une partie des téguments afin d'obtenir la réunion immédiate, on laisse forcément dans le foyer traumatique quelques foyers tuberculeux. De là vient que les canaux où sont les drains, que les orifices de ces canaux sont rapidement envahis par des fongosités nouvelles. Nous croyons qu'il faut apporter la plus grande attention à l'examen de la peau et de ses dépendances, et si les altérations des téguments sont étendues et profondes, mieux vaut en sacrifier le nécessaire.

C'est la crainte des récidives, c'est leur fréquence qui contre-indique chez les adultes les résections pathologiques ; les mêmes conditions se rencontrent, les mêmes craintes se présentent, quand il s'agit de l'arthrectomie. Opération chez nous encore à l'étude, l'excision des synoviales fongueuses est très souvent mise en pratique à l'étranger et spécialement en Allemagne. Souhaitons que nos chirurgiens, suivant l'exemple de M. Delorme, nous apportent bientôt un contingent d'observations suffisant pour juger la valeur de cette méthode de traitement.

Messieurs, je vous propose d'adresser des remerciements à notre confrère pour sa très intéressante communication, et de l'inscrire dans un rang très honorable parmi les candidats aux places de membre titulaire de la Société.

Discussion.

M. Terrier. Je regrette que mon collègue, M. Championnière,

n'assiste pas à la séance. Il ferait certainement observer que les résultats qu'il a obtenus à l'aide de la résection du genou, sont bien supérieurs à ceux que nous apporte M. Delorme.

Pour mon compte personnel, je suis de plus en plus disposé à me rallier à l'opinion de M. Championnière, à préférer, pour la cure des arthrites fongueuses du genou, la résection aux excisions plus ou moins étendues de la synoviale.

M. Schwartz. J'ai eu l'occasion de faire, au mois d'octobre dernier, une arthrectomie partielle de l'articulation tibio-tarsienne.

Il s'agissait d'une femme de 24 ans, atteinte d'une arthrite fongueuse tibio-tarsienne secondaire à la tuberculose périarticulaire.

Il y avait en avant une collection molle fluctuante, probablement constituée par des fongosités et peut-être même du pus.

L'articulation était très douloureuse et très gonflée.

Les moindres mouvements étaient impossibles, tant il y avait de douleur.

J'incisai la tumeur préarticulaire depuis la malléole externe jusqu'à la tête de l'astragale.

Je tombai sur un abcès fongueux, ouvert dans l'articulation; j'excisai avec des ciseaux les parties fongueuses qui confinaient à l'astragale et à la malléole externe, en enlevant aussi quelques petits fragments osseux de l'astragale; je constatai avec satisfaction que le reste de l'article était intact. Je lavai la jointure à l'eau phéniquée forte, puis je fis la suture et le drainage sous un pansement antiseptique.

Tout marcha très bien, si bien que tout était fermé au bout de quinze jours.

La malade guérit; et tout récemment quand elle est venue me voir, les mouvements étaient revenus en partie et le gonflement et les douleurs avaient totalement disparu.

C'était là un cas absolument favorable à l'ouverture de la jointure et à l'ablation par les ciseaux et la curette des fongosités ayant envahi la jointure.

M. Tillaux. Je crois que le moment n'est pas encore venu de trancher la question de la valeur relative de l'arthrectomie et de la résection du genou.

J'estime que lorsque la lésion est absolument limitée à la synoviale, l'arthrectomie est très bien indiquée, la résection étant réservée aux cas où les os sont malades.

Je ne serai donc pas aussi radical que M. Terrier.

L'arthrectomie est une opération relativement nouvelle; il n'est

pas douteux qu'elle répond à certaines indications. Avant de l'adopter ou de la rejeter, voyons d'abord les résultats qu'elle donne.

M. Terrier. J'ai dit que l'opération, telle que l'a pratiquée M. Delorme, ne me paraissait pas suffisamment justifiée.

Dans un de ces cas, en effet, la rotule a été enlevée; les os étaient donc malades. Voilà qui ne répond guère à l'idée que je me fais de l'arthrectomie, qui ne doit intéresser que les parties molles.

L'opération, conduite à la façon de M. Delorme, me paraît être une mauvaise résection, et non une arthrectomie.

M. Kirmisson. Il me semble avoir entendu que, dans un cas, M. Delorme s'est décidé à pratiquer d'emblée l'arthrectomie, avant toute autre tentative de traitement.

S'il en est bien ainsi, je tiens à protester de toutes mes forces contre cette manière de faire, qui est en opposition avec ce qui est enseigné et pratiqué en France, à l'honneur, je puis le dire, de notre pays. On ne saurait oublier, en effet, qu'avec les révulsifs, l'immobilité, la compression, on arrive souvent, dans la cure des tumeurs blanches, aux meilleurs résultats. Jamais l'intervention opératoire ne doit être le premier acte du traitement.

Pour ce qui est de l'arthrectomie, je crois, comme M. Tillaux, qu'il faut réserver l'avenir.

Je dirai à cet égard que, des 4 cas de résection du genou qui me sont personnels — les seuls, du reste, où j'ai eu occasion de pratiquer cette opération — jamais je n'ai trouvé de foyers tuberculeux dans les os. Je sais que ce fait est en contradiction avec les idées défendues par Volkmann et par M. Lannelongue ; il n'en est pas moins réel. Ce qui ne veut pas dire, d'ailleurs, que mes malades ne fussent pas tuberculeux ; l'un d'eux est mort de tuberculose pulmonaire.

Je conclus de là que la lésion peut être limitée aux parties molles et qu'en pareil cas l'arthrectomie est certainement de mise.

M. Reclus. A l'appui de ce qui vient d'être dit, je puis citer le cas d'une jeune fille, soignée pendant dix-huit mois, dans son pays, pour une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne, par les moyens usités en pareil cas. Lorsqu'elle nous fut adressée, l'articulation était en pleine suppuration, l'état général fort mauvais. J'ouvris largement l'article, j'enlevai le plus possible, avec la curette et les ciseaux, de la synoviale et des fongosités; découvrant de plus un foyer osseux dans la malléole externe, j'évidai celle-ci, ce qui me conduisit à l'ablation presque complète de la malléole. Le résultat de mon intervention fut excellent. Au bout de cinq mois, la guérison était absolue. J'ai, depuis, revu cette malade

dans son pays, se livrant, sans douleur ni gêne, aux plus durs travaux de la campagne.

M. Chauvel. Je partage absolument l'avis de M. Tillaux. Il est des cas où l'on ne peut songer à la résection : ce sont ceux où les os ne sont pas compromis. La résection laisse nécessairement le membre raccourci, moins utile au point de vue fonctionnel. A cet égard, elle est inférieure à l'arthrectomie.

Je réponds à M. Terrier que si, dans un des cas de M. Delorme, la rotule a été enlevée, ce n'est pas qu'elle fût malade ; l'ablation n'en a été pratiquée que pour faciliter l'exécution de l'arthrectomie, pour permettre une extirpation plus complète des fongosités.

Les résultats obtenus par notre confrère ne sont pas, du reste, aussi mauvais qu'on a voulu le dire ; sur quatre cas ils ont été deux fois excellents.

L'arthrectomie est évidemment une opération qui ne peut encore être jugée. Mais l'on ne peut non plus venir dire que la résection lui soit toujours préférable. Il est certain que, toutes les fois que l'on constatera que la synoviale est seule malade, il sera sage de ne pas aller plus loin et de respecter les os.

J'ajoute, incidemment, qu'il semble que, dans la plupart des cas où des récidives se sont produites, elles sont venues des parties molles, et en particulier des parties profondes de la peau. On devra donc s'attacher, dans les opérations du genre de celles dont nous nous occupons, au grattage exact de la face profonde de la peau, pour ne pas s'exposer à des récidives.

M. Terrier. M. Chauvel paraît croire que je confonds les deux opérations, arthrectomie et résection, que je les mets sur le même plan, et que je n'admets pas que chacune ait ses indications spéciales. Je n'ai rien dit de pareil. Je partage au contraire sur ce point l'avis de mes collègues.

Mais, ce que je conteste, c'est que ces indications aient existé dans les cas de M. Delorme. Dans celui, en particulier, où il a pratiqué l'ablation de la rotule, j'eusse assurément préféré la résection.

M. Tillaux. J'approuve tout à fait ce qu'a dit M. Kirmisson sur la nécessité, avant de se décider à une intervention opératoire, d'épuiser tous les moyens de traitement que l'on pourrait appeler de douceur. Il faut, pour se décider à opérer, être certain qu'on ne peut réussir autrement.

Au sujet de l'arthrectomie, on ne saurait trop encourager les recherches en ce sens, ne fût-ce que pour le traitement des tumeurs blanches chez les enfants. On sait en effet combien il importe chez eux, au point de vue de l'accroissement du membre,

Paris. — Société d'imp. PAUL DUPONT (Cl.) 40.4.88. *Le Gérant :* G. MASSON.

de conserver les épiphyses. Toute opération qui respectera les extrémités osseuses sera donc, pour les tumeurs blanches des enfants, particulièrement recommandable.

M. Kirmisson. Cela est vrai, mais je ferai remarquer à M. Tillaux que c'est précisément chez les enfants que les tubercules intra-épiphysaires sont fréquents. Aussi l'arthrectomie ne sera-t-elle chez eux que rarement applicable.

Les conclusions du rapport de M. Chauvel sont mises aux voix et adoptées.

Rapport.

De l'amputation simultanée des quatre derniers métatarsiens, par le Dr H. Nimier, agrégé au Val-de-Grâce,

Rapport par M. Chauvel.

L'observation sur laquelle sont basées les conclusions du travail de M. Nimier est surtout intéressante, parce qu'elle nous donne les résultats éloignés d'une intervention, que j'ai moi-même presque condamnée, à l'imitation de mes maîtres Salleron et Legouest. Il s'agit d'un militaire dont le pied gauche fut à la fois blessé et écrasé par une masse de fer dans la nuit du 27 novembre 1881. Malgré l'irrigation continue, le sphacèle d'une partie des téguments, la mortification des tendons digitaux, la dénudation étendue des derniers métatarsiens, fracturés dans leur tiers postérieur, conduisent le médecin du service, M. le Dr Cochin, à enlever le cinquième métatarsien et l'orteil correspondant, trois semaines après l'accident. Quelques jours plus tard, afin de hâter la cicatrisation, notre regretté camarade enlève successivement, par torsion et arrachement, les extrémités antérieures des 4e et 3e métatarsiens dénudés avec les orteils correspondants. Pour le 2e os du métatarse, son orteil, absolument intact, est conservé de parti pris. Le lambeau plantaire ainsi formé est régularisé et rabattu sur les bases métatarsiennes conservées, en même temps qu'il vient s'accoler au côté interne du premier os du métatarse. Mais les parties molles sont très tendues; pour les rendre plus libres, on enlève l'épiphyse postérieure du 5e métatarsien.

Bien que la réunion échoue, bien que le bord du lambeau se mortifie légèrement, la cicatrisation se fait sans accidents; elle est complète à la fin de janvier, et le malade peut s'appuyer sur le pied. Il sort le 11 août 1882 dans l'état suivant : la plante du pied

est notablement rétrécie en avant ; le second orteil est attiré en arrière; mais, sans être dévié latéralement, il est débordé en dehors par le lambeau plantaire. Les cicatrices linéaires et solides ne gênent pas la station ; l'appui se fait sur le talon et sur le bord interne du pied.

Un de nos collègues de l'armée a bien voulu examiner en juillet 1887, c'est-à-dire après plus de cinq ans, l'opéré, qui habite près de Valenciennes, et il a envoyé à M. Nimier la note suivante que je transcris textuellement en raison de son intérêt : « L'axe du pied n'est pas dévié. La cicatrice qui s'observe sur le bord externe du pied et qui part du sillon métatarso-phalangien du 2e orteil pour s'étendre en arrière jusqu'au cuboïde est linéaire, solide, sans nodosités ; elle n'est jamais enflammée, elle n'est pas douloureuse à la pression. Le premier métatarsien a subi une augmentation de volume considérable. Son extrémité phalangienne, son extrémité tarsienne, forment sous la peau deux saillies globuleuses entre lesquelles s'allonge le corps de l'os manifestement hypertrophié. Le premier cunéiforme participe aussi à cette hypertrophie, mais d'une façon moins évidente.

« Dans la station debout comme dans la marche, l'appui se fait presque exclusivement sur le bord interne du moignon ; mais comme cette base de sustentation est trop étroite, il en résulte que dans la marche, qui s'effectue avec une chaussure trop large, le pied tourne souvent et a de la tendance à venir reposer sur le sol par son bord externe. Malgré cela, V... peut exercer son métier de cultivateur et faire, sans canne, des marches de 7 à 8 kilomètres. »

De cette observation M. Nimier rapproche le fait de Küster publié en 1884 dans les *Arch. f. klin. Chir.*, t. XXXI, p. 217. Chez une petite fille dont le pied avait été écrasé par une voiture, la peau s'étant largement sphacélée, le chirurgien allemand pratique, le 21 novembre 1879, la désarticulation des quatre derniers métatarsiens, conservant le gros métatarsien et le gros orteil ; la guérison est facile. Quatre ans plus tard (1884), Küster présente son opérée au Congrès des chirurgiens allemands de Berlin, le résultat fonctionnel est excellent. Le pied est un peu moins développé, la jambe un peu plus courte que du côté sain. Dans la station verticale, le pied s'abaisse un peu sur son bord externe ; mais la jeune fille marche, piétine, danse sans peine : un soulier rembourré masque la difformité. Cependant le métatarsien, qui se plaçait d'abord dans une assez forte adduction, s'est plus tard porté en dehors par l'action de la chaussure. De plus, le gros orteil est en abduction très prononcée, en même temps qu'il a subi un mouvement de rotation en dedans autour de son axe longitudinal. Sans

mettre en doute les assertions de Küster, l'examen des dessins joints à son observation nous laisse tout surpris de la facilité de la marche, en raison des déformations du pied, qu'accusent si nettement les planches annexées à son travail.

C'est en s'appuyant sur ces deux observations que M. Nimier termine son travail par les conclusions suivantes : 1° sans avoir la prétention de faire une opération typique, on peut tenter l'ablation des quatre derniers métatarsiens, si l'on a suffisamment de parties molles, en particulier à la plante du pied, ce qui se présentera dans certaines plaies par écrasement; 2° dans le but d'éviter l'ouverture des articulations tarsiennes, au lieu de désarticuler, mieux vaudra, quand on aura le choix, sectionner les métatarsiens au niveau de leur épiphyse postérieure.

Notre jeune collègue fait remarquer que de telles opérations sont absolument exceptionnelles, et que ses recherches n'ont fait que confirmer cette rareté, puisqu'elles n'ajoutent que deux observations au cas toujours cité de Salleron. Si Legouest, si Chenu, ont signalé des déviations en dehors des métatarsiens conservés après les amputations longitudinales des métatarses, il s'agit de désarticulations des deux, ou tout au plus des trois métatarsiens externes. Dans le cas de Salleron analogue à celui de Küster, la guérison avait été prompte, facile, et si le blessé ne pouvait prendre appui sur le pied sans ressentir de douleur, le premier métatarsien n'était aucunement dévié. L'existence ultérieure de la déviation en dehors par la rétraction de la cicatrice, d'où gêne dans la marche et nécessité d'une opération complémentaire, ne sont que des hypothèses, des déductions plus ou moins logiques, et non des faits prouvés d'une façon péremptoire.

Mais M. Nimier va plus loin et cherche à établir que plus on enlève de métatarsiens, moins on observe de déviation du moignon. D'où résulte cette déviation ? Des brides cicatricielles qui, fixées en arrière sur les os du tarse, en avant sur le premier métatarsien, entraînent en dehors et en arrière cet os facilement déplaçable. Si par l'extirpation des quatre derniers métatarsiens on conserve un lambeau assez large à sa base pour s'appliquer sans effort, sans tension, sur les surfaces dénudées; si surtout on obtient la réunion immédiate, il n'y aura pas de rétraction marquée de la cicatrice. Le premier métatarsien conservera sa direction. Telles étaient les conditions dans le fait de M. Cochin. Chez l'opérée de Küster, où elles étaient moins favorables, l'abduction s'est produite, bien que modérée et peu nuisible. Nous serions en droit de reprocher à M. Nimier de combattre une hypothèse par une explication également hypothétique. Mieux vaut, nous semble-t-il, ne pas chercher à tirer des faits des déductions qu'ils ne me paraissent pas comporter,

et ne pas comparer, au point de vue de leur valeur, les amputations longitudinales du métatarse, opérations absolument exceptionnelles, avec les amputations transversales dont les suites nous sont bien mieux connues.

Salleron, comme Legouest, pensait qu'il ne faut pas, au pied, pousser trop loin les tentatives de conservation, et préférait un moignon plus court, mais bien régulier, à un pied pourvu d'un long appendice, sorte de flèche antérieure plus nuisible qu'utile par ses déviations ultérieures. Les faits de Küster, de Nimier, prouvent que la conservation donne parfois des résultats plus favorables; ils autorisent les chirurgiens à temporiser, à ménager toutes les parties vivantes. Si Küster a pratiqué une opération réglée, M. Cochin s'est contenté de régulariser, d'enlever les parties qui gênaient la formation d'une cicatrice solide, d'extraire des esquilles mobiles. Il a fait au pied ce qu'on fait à la main; son succès prouve que cette pratique ne doit pas être rejetée de parti pris. Nous approuvons les conclusions très réservées de M. Nimier, et nous vous proposons, Messieurs, de déposer son manuscrit dans nos archives et de lui adresser des remerciements bien mérités.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Statistique des opérations faites à l'hôpital Bichat pendant l'année 1887,

Par M. Terrier.

Comme d'habitude, j'ai l'honneur de vous soumettre la statistique des opérations faites dans mon service chirurgical pendant l'année 1887, soit par moi, soit par mes collègues MM. G. Richelot et Quénu, qui m'ont remplacé plusieurs mois.

1° *Opérations pratiquées sur les yeux* (43 opérations).

12 cataractes; 7 succès. 1 irido-cyclite persistante, 2 exsudats traités par l'iridectomie, 2 visions incomplètes par altération du fond de l'œil. Atrophie papillaire.

2 cataractes traumatiques; 2 résultats incomplets. Vision nulle dans un cas; cicatrices du corps vitré dans l'autre cas.

2 iridotomies; 2 succès.

10 iridectomies; 7 succès. 1 cas d'expulsion du cristallin; atrophie du globe consécutive. 1 cas de panophthalmie; le malade avait été soigné antérieurement d'une ophthalmie suppurée, 1 résultat nul; on dut faire l'énucléation du staphylome.
6 ablations du globe ; 6 succès.
2 opérations de Sœmisch ; 2 guérisons.
5 strabismes ; 5 guérisons.
2 canthoplasties ; 2 guérisons.
1 cautérisation linéaire pour entropion ; 1 guérison.
1 blépharoplastie ; 1 guérison.

2° *Opérations sur la tête et la face* (17 opérations).

2 ostéo-sarcomes du crâne. Ablation ; 2 guérisons.
6 kystes sébacés du cuir chevelu. Ablation ; 6 guérisons.
1 kyste dermoïde du sourcil. Ablation ; 1 guérison.
2 cancroïdes du nez. Ablation ; 2 guérisons.
1 scrofulide de la face et du cou. Grattage ; 1 guérison.
1 enchondrome de la parotide. Ablation ; 1 guérison.
1 fibrome du maxillaire supérieur. Ablation ; 1 guérison.
1 fistule du canal de Sténon ; 1 guérison.
1 palatoplastie et staphylorrhaphie ; guérison.
1 fibrome du voile du palais. Ablation ; 1 guérison.

3° *Opérations faites sur le cou* (9 opérations).

1 trachéotomie ; 1 succès.
2 laryngotomies intercricothyroïdiennes (rétrécissement du larynx) ; 1 guérison. 1 mort (large plaie du cou intéressant l'œsophage).
1 cancer des ganglions. Ablation incomplète ; 1 récidive suivie de mort par cachexie.
1 ganglion du cou. Extirpation ; 1 guérison.
2 adénites tuberculeuses suppurées. Grattage ; 2 guérisons.
2 grenouillettes sus-hyoïdiennes ; 2 guérisons.

4° *Opérations sur le thorax et le sein* (15 opérations).

3 abcès froids de la paroi. Ouverture et grattage ; 2 guérisons, 1 fistule persistante.
1 résection d'un cartilage costal ; 1 guérison.
1 abcès sternal. Grattage après ouverture ; 1 en voie de guérison.
1 gomme tuberculeuse de la paroi thoracique. Ablation ; 1 en voie de guérison.

3 pleurésies purulentes. Empyème ; 2 en voie de guérison ; 1 mort par tuberculose.
1 pyopneumothorax. Ouverture ; 1 mort. Gangrène de la plèvre. Tuberculose.
1 tuberculose mammaire. Ablation de la moitié du sein ; 1 guérison.
4 tumeurs malignes du sein. Ablation ; 4 guérisons.

5° *Opérations sur l'abdomen et l'intestin* (55 opérations).

1 laparotomie pour étranglement interne ; 1 mort.
3 laparotomies exploratrices pour cancer de l'estomac et du péritoine ; 1 guérison opératoire, 2 morts rapides (péritonite).
2 laparotomies pour kystes hydatiques ; 1 guérison, 1 mort par péritonite (opération incomplète).
2 laparotomies pour tumeurs du mésentère ; 1 mort de perforation intestinale, 1 guérison.
1 cholécystotomie (professeur U. Trélat) ; 1 mort de péritonite par épanchement de bile dans l'abdomen.
1 abcès du foie. Ouverture directe ; 1 guérison.
1 abcès froid de la paroi abdominale. Ouverture ; 1 en voie de guérison, encore en traitement.
1 phlegmon de la fosse iliaque. Ouverture ; 1 guérison.
5 hernies crurales étranglées. Opération ; 2 morts, 1 de choc et 1 d'hémorrhagie par l'épiploon, 3 guéries.
4 hernies inguinales étranglées. Opération ; 4 guérisons.
1 hernie ombilicale étranglée. Opération et cure radicale ; 1 mort au septième jour, de perforation intestinale.
16 hernies inguinales non étranglées (cure radicale) ; 15 succès, 1 mort par congestion pulmonaire (opération de M. Richelot).
1 sarcome vasculaire abdomino-pelvien (incision) ; 1 mort de cachexie.
14 fistules anales ; 2 en voie de guérison encore dans le service, 12 guérisons.
1 fissure anale (dilatation) ; 1 guérison.
1 carcinome rectal. Ablation ; 1 guérison. Récidive ultérieure.
1 phlegmon péri-rectal (incision sans intéresser le sphincter) ; 1 guérison.

6° *Opérations sur les voies génitales de l'homme* (19 opérations).

1 paraphimosis (débridement) ; 1 guérison.
2 phimosis (circoncision) ; 2 guérisons.

1 éléphantiasis de la verge et du scrotum ; 1 guérison.
2 hydrocèles (résection de la vaginale) ; 2 guérisons.
4 hydrocèles (ponction et cautérisation de *Defer*) ; 4 guérisons.
1 hydrocèle (injection iodée) ; 1 guérison.
1 hydrocèle (ponction simple); 1 guérison.
2 vaginalites suppurées ; 2 guérisons.
2 varicocèles (ligatures) ; 2 guérisons.
3 tumeurs du testicule. Castration ; 3 guérisons.

7° *Opérations sur les organes génitaux de la femme* (110 opérations).

2 salpingites (ablation) 2 guérisons.
1 opération de Battey pour fibromes ; 1 guérison.
8 hystérectomies abdominales pour fibromes ; 4 guérisons, 4 morts (choc et péritonites).
2 hystéro-ovariotomies ; 1 guérison, 1 mort de péritonite.
1 sarcome utérin et ablation de l'ovaire ; 1 guérison.
16 kystes de l'ovaire ; 13 guérisons, 3 morts (péritonite, hyperthermie, cancer du péritoine).
12 hystérectomies vaginales ; 9 guérisons, 3 morts (choc et péritonites).
14 épithéliomas du col et de l'utérus. Grattage ; 14 améliorations et guérisons opératoires.
2 polypes fibreux de l'utérus ; 2 guérisons.
4 fibromes intra-utérins. Enucléation ; 3 guérisons, 1 mort de lymphangite purulente.
1 atrésie du col (débridement) ; 1 guérison.
4 métrites et atrésies du col. Dilatation ; 4 guérisons.
1 atrésie du col. Amputation ; 1 guérison.
2 hypertrophies du col. Amputation ; 2 guérisons.
3 amputations sus-vaginales (cancer) ; 3 guérisons.
4 amputations conoïdes de Schrœder ; 4 guérisons.
2 opérations d'Emmet ; 2 guérisons.
9 endométrites. Grattages ; 9 guérisons.
4 périnéorrhaphies ; 4 guérisons.
3 kolporrhaphies ; 3 guérisons.
4 kolpo-périnéorrhaphies ; 4 guérisons.
1 hématocèle rétro-utérine. Incision ; 1 guérison.
2 opérations d'Alexander-Adams ; 2 guérisons.
1 fistule recto-vaginale ; 1 guérison.
2 fistules vésico-vaginales ; 1 insuccès opératoire, 1 guérison.
2 hydrocèles du canal de Nück ; 2 guérisons.
1 kyste de la grande lèvre ; 1 guérison.

1 thrombus de la grande lèvre ; 1 guérison.
1 phlegmon du ligament large gauche. Incision vaginale ; 1 en voie de guérison.

8° *Opérations sur les voies urinaires* (18 opérations).

1 abcès périnéphrétique (ouverture) ; 1 mort d'épuisement.
1 abcès froid des lombes (ouverture et grattage) ; 1 guérison avec fistule.
1 hydronéphrose (ablation du rein) ; 1 guérison.
1 taille sus-pubienne pour calcul vésical ; 1 guérison.
2 végétations uréthrales chez la femme. Ablation et grattage ; 2 guérisons.
1 uréthrotomie externe ; 1 guérison.
11 uréthrotomies internes ; 11 guérisons.

9° *Opérations faites sur le membre supérieur* (22 opérations).

1 résection de l'épaule (ostéomyélite) ; 1 mort par choc ou syncope.
2 arthrotomies et grattage de l'articulation du coude (fongosités) ; 2 guérisons.
1 résection du coude ; 1 guérison (réunion par première intention).
1 résection métacarpo-phalangienne ; 1 guérison.
2 résections du poignet ; 1 mort d'embolie plus d'un mois après l'opération et 1 guérison.
1 évidement d'une phalange ; 1 guérison.
7 amputations des doigts ; 7 guérisons.
2 kystes du poignet (ablation) ; 2 guérisons.
2 ligatures de l'artère cubitale ; 2 guérisons.
1 ligature de la radiale ; 1 guérison.
1 suture du nerf médian ; 1 résultat inconnu.
1 suture du tendon fléchisseur (médius et annulaire) ; 1 résultat nul.

10° *Opérations faites sur le membre inférieur* (33 opérations).

6 amputations de la cuisse ; 3 morts, collapsus, septicémie gangreneuse, tuberculose aiguë, syncope ; 3 guérisons, dont 1 chez un diabétique.
1 exostose du fémur (ablation) ; 1 guérison.
2 ostéites du fémur ; 2 guérisons.

1 plaie de l'artère et de la veine fémorale (ligature) ; 1 guérison.
1 ligature de l'artère fémorale au sommet du triangle de Scarpa ; 1 guérison (réunion par première intention).
1 corps étranger du genou (ablation) ; 1 guérison.
2 arthrotomies du genou. Grattage. Évidement ; 1 guérison, 1 en traitement et en voie de guérison.
1 suture du tibia (fractures compliquées des deux jambes) ; 1 mort cachectique six mois après.
2 évidements du tibia ; 2 guérisons.
1 gangrène de la jambe par rupture de la fémorale après fracture de cuisse. Amputation de la jambe ; 1 guérison.
2 sarcomes cutanés au genou ; 2 guérisons.
1 tarsectomie pour pied bot ; 1 guérison.
1 évidement des os du tarse (ostéite tuberculeuse) ; 1 en traitement.
1 ablation du cinquième métatarsien droit ; 1 guérison.
1 ténotomie du tendon d'Achille ; 1 guérison.
3 orteils en marteau (résection articulaire) ; 3 guérisons.
4 ongles incarnés (ablation et excision) ; 4 guérisons.
1 lipome de la fesse (ablation) ; 1 guérison.
1 ostéite de l'os iliaque. Grattage ; 1 guérison incomplète.

En résumé, nous arrivons à un total de 341 opérations, dont une centaine fort graves, ayant donné 30 morts.

On me permettra de revenir sur ces insuccès :

1° Une énorme plaie du cou ayant intéressé le larynx et l'œsophage a été traitée par la sonde à demeure et la laryngotomie intercricothyroïdienne. Le blessé est mort de syncope dans la journée.

2° Deux opérés d'empyème ont succombé aux accidents tuberculeux qu'avait déterminés l'épanchement pleural.

3° Cinq laparotomies pour : étranglement interne, cancer de l'intestin, kystes hydatiques multiples, cholécystotomie (U. Trélat) et tumeur du mésentère (Richelot), se sont terminées par la mort par péritonite ; notez que dans le cas de M. Richelot l'issue fatale a été due à une perforation intestinale tardive.

4° Trois hernies étranglées sont mortes : une de choc opératoire, une d'hémorrhagie par ligature incomplète de l'épiploon (M. Bazy), une par perforation intestinale au 7e jour.

5° Une cure radicale, faite par M. Richelot, chez un sujet très âgé, sujet qui avait déjà résisté à une opération analogue d'un côté, s'est terminée par une congestion pulmonaire ultime. Il n'y avait pas de péritonite.

6° Quatre hystérectomies abdominales sont mortes de choc et de péritonite aiguë.

7° Trois kystes de l'ovaire ont succombé : deux à la péritonite, et dans un de ces cas il y avait cancer généralisé du péritoine, une à des accidents d'aspect septique avec hyperthermie extraordinaire (42°,5).

8° Trois hystérectomies vaginales ont succombé à des phénomènes de péritonite subaiguë.

9° Un fibrome interstitiel que j'ai énucléé, et qui pesait 450 grammes, s'est terminé par une lymphangite purulente mortelle. Je reviendrai sur ce cas.

10° Un abcès périnéphrétique, ouvert à la dernière période d'épuisement du malade, a déterminé la mort rapide.

11° Une résection de l'épaule et une résection du poignet ont succombé à une syncope. Dans la résection du poignet, l'accident eut lieu un mois après l'opération et résulta d'une embolie.

12° Enfin, les trois amputés de cuisse succombèrent : l'un au collapsus après l'opération, l'autre à une syncope déterminée par une tuberculose pulmonaire avancée, le troisième à une septicémie gangreneuse gazeuse.

Dans tous ces cas de morts, toujours mettant de côté les péritonites, que je considère comme d'origine septique pour la plupart, j'ai deux morts absolument dues à des accidents septicémiques.

La première est une femme qui était porteuse d'une grosse tumeur fibreuse interstitielle de la paroi antérieure de l'utérus. Après désinfection du vagin, j'ouvris la muqueuse en avant et énucléai avec les doigts tous les fibromes, opération difficile qui dura une heure trois quarts. La température monta dès le soir, et la malade succomba au bout de quelques jours, avec des accidents septicémiques dus à une lymphangite utérine constatée à l'autopsie. Quelle en a été l'origine, c'est, je crois, parce que, contrairement à mes habitudes, j'ai fait cette opération après la visite et après avoir examiné d'autres femmes soit par le toucher, soit avec le spéculum.

Quant au malade qui a succombé à la septicémie gangreneuse, son histoire est simple : atteint de fracture compliquée de jambe, il a été soigné, à son entrée, par un élève externe d'un service de médecine; on a été chercher un chirurgien du Bureau central, qui, après lavage antiseptique, a mis la jambe du blessé dans une simple gouttière en fil de fer. Je l'ai trouvé le lendemain avec de l'emphysème septique. Certes, il a été inoculé pendant ces manœuvres, car je n'ai jamais eu de septicémie gangreneuse dans le service depuis 5 ans, et il n'y en a jamais eu depuis lors.

En terminant, je ferai remarquer que je n'ai eu, cette année, ni érysipèle ni tétanos.

Communication.

Nouveau cas d'hystéro-traumatisme,

Par E. Kirmisson.

En prenant, le 1er août dernier, le service du professeur Le Fort, que j'avais l'honneur de remplacer pendant les vacances, je trouvai au nº 1 de la salle des hommes un jeune homme de 20 ans, maçon, entré à l'hôpital pour une douleur lombaire consécutive à un traumatisme ancien. M. Ménard, chef de clinique du service, qui avait examiné ce malade, me le présenta comme atteint d'un mal de Pott au début. Ce jeune homme racontait qu'au mois d'avril précédent, étant sur un échafaudage, il avait fait une chute d'une hauteur de trois mètres environ. Il était tombé sur le dos, le corps fortement incurvé en arrière. Il put se relever et marcher; mais il ressentit immédiatement une douleur très vive dans la région lombaire. Trois jours après l'accident, du sang fut rendu dans les garde-robes et par des vomissements; le ventre devint ballonné; un médecin appelé diagnostiqua une péritonite, et mit de la glace sur le ventre.

Le malade resta au lit plus d'un mois; quand il se releva, la douleur de reins persistait, et la marche était difficile. Il put cependant reprendre son travail et le continuer jusqu'au 13 juillet, jour où il fit une chute, à la suite de laquelle la marche lui devint impossible.

Au moment où je vis le malade, il se plaignait de douleurs spontanées en ceinture, avec irradiations dans les membres inférieurs, surtout à droite. Il n'existait pas de déformation appréciable de la colonne vertébrale, mais des douleurs à la pression très marquées au niveau des deux dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires. Cette région demeurait immobile dans les mouvements de totalité du tronc, par exemple dans l'incurvation du corps en avant nécessaire pour ramasser à terre un objet. Les mouvements des membres inférieurs étaient lents, mais il n'y avait pas de paralysie; la sensibilité et les réflexes restaient normaux; la santé générale excellente.

En présence de ces symptômes, j'adoptai le diagnostic de mal de Pott au début; je pensai même, vu l'excellent état de santé générale et les antécédents, que nous avions sous les yeux un cas favorable à l'opinion de Sayre, qui attribue une grande importance au traumatisme dans l'étiologie de la maladie. Or, c'était là, comme va le démontrer la marche de l'affection, un diagnostic complètement erroné.

Le 8 août, nous appliquâmes un corset silicaté, et nous fîmes, à diverses reprises, des pointes de feu sur les parties latérales de la colonne vertébrale. Ce traitement n'amena aucun résultat favorable ; bien au contraire, le membre inférieur droit devint de plus en plus faible, au point que le malade ne pouvait marcher qu'avec une extrême difficulté. Le 29 août, il commença à accuser des crises extrêmement douloureuses, qui se reproduisirent pendant les jours suivants, surtout la nuit. En même temps la sensibilité diminuait progressivement dans le membre inférieur droit, et le 10 septembre elle était complètement abolie.

Le 22 septembre, nous apprîmes que le malade avait eu la veille, dans la soirée, une crise tellement douloureuse qu'on avait dû aller chercher l'interne de garde.

Le 30, notre malade se plaignit, pour la première fois, de ressentir de la difficulté en urinant. Entre le moment où se fait sentir le besoin d'uriner et l'émission de la première goutte d'urine, il s'écoule un temps assez long ; la durée de la miction est aussi plus longue que d'habitude. Déjà, nous avons noté l'abolition complète de la sensibilité dans le membre inférieur droit ; mais les mouvements, bien que ralentis, étaient conservés dans ce membre. Cette dissociation de la sensibilité et de la motilité avait lieu de nous surprendre dans l'hypothèse d'un mal de Pott, et nous commencions à croire que notre premier diagnostic était erroné, lorsque, le 11 octobre, les progrès de l'anesthésie, s'étendant à la moitié droite du tronc et au membre supérieur correspondant, vinrent nous démontrer que nous avions affaire, non à un mal vertébral, mais à un fait d'hystérie chez l'homme. S'il nous était resté dans l'esprit quelques doutes, ils auraient été complètement dissipés lorsque, le 15 octobre, nous apprîmes que, la veille au soir, le malade avait eu une véritable attaque d'hystérie. Il était en train de causer avec son voisin, lorsqu'il s'arrête brusquement, et se jette au milieu de la salle, en criant : Oh ! mes reins ! Il paraît se débattre dans des douleurs très vives, et ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. Ses membres sont agités par de petites convulsions. La crise dure trois quarts d'heure ; après quoi, le malade redevient calme ; il conserve le souvenir des violentes souffrances qu'il a éprouvées pendant l'attaque. Il se plaint de douleurs de tête et d'une sensation de constriction à l'épigastre et au niveau de la région antérieure du cou.

L'examen de la sensibilité révèle une anesthésie complète des membres supérieur et inférieur du côté droit ; la sensibilité est complètement abolie au niveau de la moitié droite de l'abdomen ; elle existe encore en partie au niveau du thorax. Le membre inférieur droit est parésié ; mais les muscles répondent parfai-

tement à l'excitation électrique. On note à droite une diminution très marquée de la sensibilité de la cornée ; il existe du même côté une hémianesthésie de la langue. Le malade présente un rétrécissement manifeste du champ visuel, une diminution notable de l'audition et de la sensibilité gustative, en un mot, tous les phénomènes symptomatiques qui sont considérés comme les stigmates de l'hystérie. Le 19 octobre, nous trouvons le gros orteil droit contracturé et fléchi ; le pied lui-même est légèrement contracturé dans la flexion. Le gros orteil du côté gauche est contracturé en extension. Ces contractures ne furent, du reste, que passagères.

Le 20 octobre, on note que les mouvements du membre inférieur droit sont toujours à peu près impossibles. Quand le malade fait effort pour le soulever au-dessus du plan du lit, ce membre est pris de mouvements convulsifs. Il peut cependant marcher à l'aide de béquilles ; mais alors il traîne le membre inférieur droit, dont le pied balaye le sol par son bord interne.

Le 26 octobre, survient une nouvelle crise hystérique, moins violente que la première. Elle débute par une douleur qui, partant de la région lombaire, remonte le long de la colonne vertébrale. Puis surviennent des bourdonnements d'oreilles, une sensation de constriction à la région temporale, un obscurcissement de la vue, et la crise éclate.

Bien que ne conservant aucun doute au sujet du diagnostic, je voulus cependant soumettre ce malade à l'observation de M. Charcot, afin de donner à mon opinion l'appui de sa grande autorité en pareille matière. Je fis donc passer ce jeune homme à la Salpêtrière, dans la crainte de faire double emploi. En effet, M. Charcot a fait sur ce jeune homme une leçon, qui a été publiée par la *Semaine médicale* [1], et l'observation a été relatée dans la thèse récente d'un de ses élèves, le Dr Thyssen [2]. Je me bornerai à mentionner que le malade, depuis son entrée à la Salpêtrière, est devenu contracturable par la percussion des tendons et l'application de la bande d'Esmarch ; il est atteint, en outre, d'un tremblement généralisé, mais surtout marqué du côté droit. Enfin, il a eu de nouvelles attaques convulsives, et dernièrement, à la suite de l'une d'elles, la paralysie du membre inférieur droit a disparu. Aujourd'hui, le malade peut marcher sans béquilles ; il est donc en voie de guérison.

Il m'a semblé utile de communiquer cette observation à la Société

[1] *Semaine médicale*, 7 décembre 1887.

[2] Thyssen, Contribution à l'étude de l'hystérie traumatique (*Thèse de Paris*. Paris, 1888).

de chirurgie. Nous ne saurions, en effet, rester indifférents en présence de cette question de l'hystéro-traumatisme, qui se représentera fatalement plus d'une fois à notre observation. Au début, le traumatisme étant le fait dominant, c'est dans les services de chirurgie que sont admis tout d'abord les malades. Parmi les observations rapportées par le professeur Charcot et ses élèves, il en est un bon nombre qui sont relatives à des malades soignés d'abord dans des services de chirurgie.

Nous n'avons pas à faire ici l'historique de l'hystéro-traumatisme, aujourd'hui bien connu d'après les leçons, désormais classiques, du professeur Charcot, et d'après les travaux de ses élèves, la thèse de M. Berbez et celle du Dr Thyssen. Nous désirons seulement mentionner les points qui nous paraissent le plus intéressants dans cette étude pour le chirurgien. Tout d'abord, l'âge et le sexe des malades; c'est surtout chez de jeunes sujets que s'observent les manifestations de l'hystéro-traumatisme. Quant au sexe, on n'en est plus à faire de l'hystérie une maladie propre à la femme, et l'hystérie, dans le sexe masculin, est aujourd'hui parfaitement établie. Il n'en est pas moins vrai qu'en présence d'un homme robuste, d'une vigoureuse constitution, l'idée de névrose vient difficilement à l'esprit. C'est là une circonstance qui est de nature à augmenter l'incertitude du diagnostic. De même encore, il peut se faire que le malade ait présenté antérieurement des signes non douteux d'hystérie, troubles de la sensibilité générale et des organes des sens, convulsions, contractures. Mais, dans d'autres cas, c'est pour la première fois que la maladie se manifeste à la suite du traumatisme, sans que rien, dans les antécédents du blessé, permette de penser à de pareils accidents. Enfin, une circonstance de la plus haute importance, c'est l'intensité du traumatisme lui-même. Il est bien évident que si une paralysie ou une contracture se montre à la suite d'une blessure insignifiante, incapable par elle-même d'entraîner un pareil résultat, on doit forcément songer à chercher dans l'état névrosique du sujet la cause des accidents qu'il présente. Au contraire, s'agit-il d'un traumatisme grave, suffisant pour entraîner à lui seul des désordres sérieux, les difficultés sont beaucoup plus grandes. Ces difficultés redoublent, lorsque le traumatisme répond à un point du système nerveux central ou périphérique, dont la lésion permette d'expliquer les phénomènes observés. En ce qui concerne les nerfs périphériques, il est à remarquer toutefois, et c'est là un point sur lequel a beaucoup insisté le professeur Charcot, que les anesthésies auxquelles donnent lieu leurs lésions ne sont jamais distribuées comme celles qu'on observe dans l'hystérie. Les anesthésies hystéro-traumatiques sont en effet limitées par des lignes circulaires tracées à la nais-

sance des membres, et ne répondent nullement à la distribution anatomique de telle ou telle branche nerveuse. Déjà M. Terrillon vous a signalé des faits de cette nature et a attiré l'attention sur ce caractère[1]. Quant aux lésions de la colonne vertébrale analogues à celle que nous avons observée chez notre malade, elles sont pour ainsi dire beaucoup trop douloureuses dans l'hystérie, beaucoup plus douloureuses que dans les cas de lésions organiques au début ; la douleur est aussi beaucoup plus superficielle. Aujourd'hui, il suffit, chez notre malade, de frôler légèrement avec le doigt la lésion traumatisée pour déterminer une vive douleur ; il existe là une zone hystérogène très prononcée. Au début, sans doute, la douleur était beaucoup moins marquée ; néanmoins, elle était vive, et la pression sur le point douloureux déterminait un brusque mouvement de retrait du corps en avant. Ces accidents, du côté de la colonne vertébrale, ne sont pas rares dans les collisions de chemins de fer. Sans doute, on peut voir, dans ces cas, se développer des lésions organiques, comme l'a signalé depuis longtemps Erichsen ; mais un grand nombre de ces faits appartiennent à l'hystéro-traumatisme. M. Page a attiré sur eux l'attention, et Oppenheim, après en avoir nié l'existence, en a rapporté des exemples intéressants, bien qu'il cherche à en donner une autre interprétation.

Dans notre cas particulier, nous ne venons point plaider les circonstances atténuantes ; il nous sera toutefois permis de faire remarquer que nous avions affaire à un homme en apparence vigoureux, ne présentant dans ses antécédents personnels et héréditaires rien qui pût faire songer à l'hystérie, ayant subi un traumatisme grave, qui, portant sur la colonne vertébrale, pouvait expliquer les troubles moteurs et sensitifs que nous avions sous les yeux. Au début, du reste, ces troubles sensitivo-moteurs eux-mêmes étaient absents. Il y avait donc là un ensemble de circonstances qui pouvaient tromper le chirurgien. Aussi avons-nous cru utile de publier ce fait, afin de mettre en garde ceux qui se trouveraient dans une situation analogue contre une erreur que nous-même nous n'avons pas su éviter.

Le pronostic de l'hystéro-traumatisme doit être considéré comme grave. En effet, si les malades peuvent guérir, du moins ils n'arrivent que lentement à la guérison. Le nôtre en est un exemple, puisque aujourd'hui encore, onze mois après l'accident, sa guérison n'est pas complète. Quant au traitement, si nous n'avons pas de moyens qui puissent procurer sûrement et par eux-mêmes la guérison, c'est bien ici le cas de répéter le vieil adage : *Primo non*

[1] Voyez *Bulletin de la Société de Chirurgie*, séance du 27 mai 1885.

nocere. Toutes les irritations cutanées doivent être laissées de côté, et, à cet égard encore, une erreur de diagnostic, comme dans notre cas, peut être très préjudiciable.

Il est enfin une dernière question soulevée par ces faits d'hystéro-traumatisme, c'est celle qui est relative à la médecine légale. Le traumatisme, dira-t-on, n'a joué que le rôle de cause accidentelle; les effets eussent sans doute été insignifiants, si le malade n'avait pas été en puissance d'hystérie. A quoi l'on peut répondre que peut-être aussi le malade n'eût jamais présenté d'accidents hystériformes s'il n'avait pas été traumatisé. Aussi doit-on conclure à la responsabilité du traumatisme et de ceux qui peuvent en être considérés comme les auteurs. C'est là, d'ailleurs, l'avis du professeur Charcot.

Présentation d'instruments.

Par M. Pozzi, au nom de M. Auguste Reverdin, membre correspondant.

1° Une *aiguille mousse à deux chas,* permettant, dans les laparotomies, de placer dans le pédicule deux fils l'un à côté de l'autre, sans qu'ils s'entre-croisent;

2° Un *couteau à conducteur* facilitant le drainage des collections liquides que l'on vient de ponctionner avec un trocart;

3° Un *dilatateur utérin à irrigation* ayant la forme générale d'une grande pince, dont une branche creusée en gouttière en emboîte une autre; celle-ci est cylindrique, et renferme dans toute sa longueur une sonde pourvue de deux yeux vers son extrémité utérine.

Ce dilatateur, introduit dans la matrice, s'ouvre sous la pression des doigts; le liquide amené par un tube de caoutchouc pénètre dans l'utérus par la branche creuse, son retour est assuré par la forme en gouttière de l'autre branche;

4° Une *aiguille à suture.* Cet instrument, entièrement métallique, se compose de l'aiguille proprement dite et d'un fort manche formé de deux branches maintenues écartées par un ressort.

Ce ressort assure le jeu d'une petite tige mobile qui glisse dans la rainure de l'aiguille, dont elle ouvre ou ferme à volonté le chas.

Pour ouvrir, il suffit de presser les branches l'une vers l'autre en fermant la main sur elles; le chas présente alors la forme d'une échancrure dans laquelle on place le fil. Dès qu'on cesse de presser, le ressort fait cheminer la tige métallique, et le chas se referme automatiquement. Il est alors impossible d'accrocher.

Discussion.

M. Bouilly. Je crois devoir faire remarquer que la sonde pour lavages utérins de M. A. Reverdin n'est autre que celle, bien connue, de M. Doléris.

Présentation de pièce.

Lipome de l'aisselle (sous-pectoral),

Par M. Monod.

M. Monod présente un volumineux lipome de l'aisselle (gauche) qui s'étendait du sommet du creux de l'aisselle jusqu'au-dessous de la clavicule, en passant, par conséquent, sous le grand pectoral, qu'il soulevait.

On put constater au cours de l'opération que le paquet vasculo-nerveux de l'aisselle était refoulé en bas et en avant par la tumeur.

Celle-ci n'avait causé aucune gêne fonctionnelle, et n'avait attiré l'attention du malade que par la saillie qu'elle formait. On peut cependant rapporter à sa présence et à l'irritation des troncs nerveux voisins une sensation de fourmillement qui était, depuis longtemps déjà, perçue à la main.

Ce lipome était encapsulé, et n'adhérait intimement à aucun des organes du creux de l'aisselle. Il a suffi pour l'extraire, d'une incision de 5 à 6 centimètres pratiquée dans l'aisselle, immédiatement derrière le bord du grand pectoral. La capsule du lipome ouverte, le doigt put aller jusque sous la clavicule décoller la tumeur sur toute sa périphérie; l'énucléation fut dès lors facile, et une faible pression exercée sur la paroi antérieure de l'aisselle, combinée avec une traction faite à travers la plaie, amena la tumeur hors de sa loge, d'où elle s'échappa presque à la façon du noyau de cerise pressé entre les doigts.

Ses dimensions sont : longueur, 16 centimètres; largeur, 9 centimètres. Son poids est de 210 grammes.

Les faits de ce genre sont rares. Des recherches, courtes, il est vrai, n'ont fait découvrir à M. Monod que trois cas analogues, l'un brièvement mentionné dans le *Bulletin de la Société anatomique* (1841, p. 10), dû à M. Estévenet; les autres faits appartiennent à Thormann, chirurgien suisse, et à Burow (de Kœnigsberg). Dans ces deux derniers cas, rapportés par Eug. Bœckel (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. Aisselle), la tumeur, beaucoup plus considérable, adhérait à différents points de la cavité axillaire. Il

fallut faire deux incisions qui, partant de l'épine de l'omoplate et du milieu de la clavicule, se réunissaient au tiers inférieur du bras; de nombreuses artères durent être liées. Les malades guérirent.

Ces faits parlent en faveur d'une intervention prompte; la tumeur, en augmentant de volume, pourra devenir d'une extraction difficile [1].

Nomination de commission.

Au cours de la séance, la Société nomme une commission chargée d'examiner les travaux des candidats au titre de *membre titulaire*.

Sont élus : MM. Delens, Lannelongue et Reynier.

Congrès de chirurgie.

Sur la proposition de M. le président, la Société décide qu'à l'occasion du Congrès de chirurgie elle ne tiendra pas séance la semaine prochaine.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,
CH. MONOD.

Séance du 21 mars 1888.

Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

[1] L'opéré de M. Monod a guéri en huit jours par première intention.

2° M. MAUNOURY envoie des photographies de sa salle d'opérations de l'hôpital de Chartres;

3° *Du traitement des pieds bots*, par le Dr H. MARTIN (de Lausanne);

4° Les articles : *Plaie et Piqûre anatomique*, extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, offerts par M. CHAUVEL;

5° *La cocaïne en chirurgie dentaire*, par A. PRÉTERRE;

6° L'article : *Hernies abdominales*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, par le Dr P. BOURSIER. — *Leçons de clinique chirurgicale*, par le même;

7° Congrès international d'hydrologie et de climatologie (1re session). — *Compte rendu*, offert par M. le Dr DURAND-FARDEL, président;

8° *Deux cas d'étranglement interne traités par la laparotomie*, par le Dr FRAIPONT, assistant à l'Université de Liège;

9° Trois brochures de chirurgie, par le Dr SALTZMANN : *En modifikation af den Phelpska « tracuisrassen »*, etc.; *Om fosekomsten i Finland; Om urogenital tuberkulosen*;

10° M. le ministre de l'instruction publique annonce que le Congrès des sociétés savantes s'ouvrira le 22 mai au ministère, et invite la Société à désigner des délégués;

11° M. le Dr BERGMANN, président de la Société de chirurgie allemande, invite la Société de chirurgie à assister à la cérémonie qui sera célébrée le 3 avril prochain à Berlin, en l'honneur de Langenbeck, membre associé de notre société;

12° M. RECLUS demande un congé pendant le semestre d'été;

13° M. le Dr CHARVOT envoie une observation de *tétanos céphalique* suivi de mort. (Commissaire : M. Terrillon.)

A propos du procès-verbal.

Hystéro-traumatisme.

M. KIRMISSON présente le malade atteint d'*hystéro-traumatisme* dont il a parlé dans la communication faite par lui à la dernière séance.

Mort de M. Hippolyte Blot.

M. le Président, annonçant à la Société la mort d'Hippolyte Blot, s'exprime en ces termes :

Messieurs, j'ai à vous annoncer la mort d'Hippolyte Blot. J'ai représenté la Société aux funérailles de notre cher et honoré collègue. D'après le désir qu'il avait manifesté avant de mourir, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe.

Hippolyte Blot appartenait à la Société de chirurgie depuis 1861. Il fut appelé à l'honneur de la présider dix ans après. Il restera comme un de ses membres les plus actifs, les plus éminents. Il prenait souvent la parole sur les sujets de chirurgie. Vous vous rappelez encore l'ardeur qu'il mettait dans les discussions sur les *tumeurs érectiles*, sur le *spina bifida*, sur le *rachitisme*, sur les *pieds bots*, sur la *périnéorrhaphie*, sur l'*ostéomyélite*, qu'il a observée même chez des enfants nouveau-nés.

Clinicien consommé, il ne se laissait pas emporter par les théories hypothétiques. Il était judicieusement réactionnaire en chirurgie, et voulait laisser à la nature le soin de guérir, toutes les fois que cela est possible, avant de recourir à l'opération.

Mais Hippolyte Blot s'intéressait surtout aux questions de l'obstétrique. Il a été maître dans cette branche de l'art chirurgical. Ses découvertes sur l'*albuminurie des femmes enceintes*, son invention des *ciseaux perforateurs*, qui portent son nom, et nombre d'autres travaux, l'ont placé au premier rang des accoucheurs contemporains.

Nous garderons le souvenir de ce collègue au profil d'une beauté sculpturale et dont toute la personne était empreinte d'une distinction si particulière. Nous garderons surtout le souvenir de ses qualités morales, de cette douceur et de cette aménité qui lui faisaient tant d'amis.

Hippolyte Blot a eu une carrière brillante dans la science et dans le monde, carrière écourtée, hélas! avant le soir de la vie, par la maladie et par la mort que nous déplorons aujourd'hui.

Honorons, Messieurs, la mémoire d'Hippolyte Blot, qui a été un modèle de travail, de dévouement pour les malades et d'honorabilité professionnelle.

M. Blot, ayant été président de notre Société, j'ai l'honneur de vous proposer, suivant un usage constant, de lever la séance en signe de deuil.

Élection.

M. de Saint-Germain, à l'unanimité des membres présents, est élu *membre honoraire* de la Société de chirurgie.

La séance est levée à 4 heures.

Le Secrétaire,
Ch. Monod.

Séance du 28 mars 1888.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Le numéro 2 de nos *Bulletins et Mémoires* pour 1888;

3° *A letter to the general register on the increase of cancer in England and its causes*, by J. F. Churchill ;

4° *De l'intervention chirurgicale dans les rétentions placentaires, après l'avortement*, par le Dr Wisard (de Chamonix). (Thèse pour le concours du prix Duval.)

A propos du procès-verbal.

1° *Arthrectomie et résection.*

M. Lucas-Championnière. Je désire revenir en quelques mots sur les faits dont vous a entretenu M. Chauvel, dans une de nos dernières séances, et sur les remarques faites à ce propos par quelques-uns de nos collègues.

On a parlé, d'une part, de la résection du genou dans les arthrites fongueuses ; de l'autre, de cette opération qui tend à devenir aujourd'hui à la mode, et qui consiste à enlever toutes les synoviales et toutes les fongosités articulaires, l'*arthrectomie*.

Bien qu'il ne s'agisse pas là d'opérations s'appliquant exactement aux mêmes catégories de cas, il est possible cependant de présenter à leur sujet certaines considérations générales.

Je dirai à cet égard que les interventions limitées à la synoviale ne me paraissent pas jusqu'ici avoir donné des résultats satisfaisants. C'est là, il me semble du moins, l'opinion de la plupart de ceux qui y ont eu recours.

Je ne vois pas, en particulier, que les faits de M. Delorme, rapportés par M. Chauvel, aient rien de bien encourageant. Ils sont loin, en tout cas, d'être parfaits. Nous avons vu ici deux des opérés de M. Delorme ; leur situation, à ce moment, nous paraissait bonne ; mais qu'en adviendra-t-il ? Quant aux deux autres, il reconnaît lui-même que l'insuccès a été à peu près complet.

L'arthrectomie aurait-elle, du moins, en sa faveur, une gravité moindre que la résection ? Je ne le pense pas. J'ai, pour ma part, pratiqué vingt et une fois la résection du genou sans perdre un malade. On ne peut assurément demander mieux.

Est-elle, d'autre part, une opération vraiment efficace? J'ai entendu, en écoutant la lecture du procès-verbal, que l'un de nos collègues disait avoir fait quatre fois la résection du genou, et que, dans ces 4 cas, il n'avait pas trouvé de lésions tuberculeuses dans les os malades. Voilà une affirmation qui m'étonne infiniment; elle est en contradiction avec tout ce que nous savons sur ce sujet, avec les recherches et les doctrines de M. Lannelongue, avec mes observations personnelles. Pour ma part, dans mes 21 cas de résection du genou, j'en ai 20 où la tuberculose osseuse était certaine.

C'est là un point fort important; car s'il était vrai que les lésions de l'arthrite tuberculeuse fussent communément limitées à la synoviale, à l'exclusion des os, il est clair que l'on pourrait, jusqu'à un certain point, défendre ces opérations partielles, qui ne s'attaquent qu'aux parties molles, et respectent le squelette.

Et encore, même dans cette hypothèse, faudrait-il de plus établir que l'on peut, dans une intervention de ce genre, enlever la synoviale tout entière, jusque dans ses moindres replis. Or, cela, je vous mets au défi d'y réussir, si vous ne touchez pas aux os. Il suffit, pour en être convaincu, d'avoir pratiqué une résection du genou, telle qu'elle doit être faite ; d'avoir vu de près la peine que l'on éprouve à nettoyer à fond une articulation malade, à poursuivre les fongosités dans les vacuoles multiples, où elles se

cachent, derrière les ligaments, derrière les os, et particulièrement, pour préciser davantage, derrière la face postérieure du tibia.

C'est parce que je suis de plus en plus pénétré de ces difficultés que je ne crois pas que les opérations dont il a été question ici aient grand avenir.

J'en parlais récemment à M. Ollier, qui partageait absolument mon avis.

Peut-être pourrait-on soutenir que, pour les enfants du moins, chez qui la résection ne peut être conseillée, l'arthrectomie aurait une réelle supériorité. Il n'en est rien, car, chez eux plus encore que chez les adultes, la tuberculose des os est la règle.

Mon expérience sur ce point est limitée. Je puis dire cependant que, dans le seul cas où j'ai eu à intervenir chez un enfant, je me suis trouvé dans la nécessité absolue, après avoir ouvert l'articulation, de faire le sacrifice des extrémités osseuses.

Si enfin l'on compare les résultats fonctionnels fournis par les deux opérations, je ne vois pas en quoi l'arthrectomie l'emporte sur la résection. Toutes deux laissent un membre rigide. L'arthrectomie ne peut, de ce chef, rien revendiquer pour elle. On vous a dit que l'un de ses avantages était de laisser au membre toute sa longueur, tandis que la résection ne va pas nécessairement sans un certain degré de raccourcissement.

Porter un tel résultat au passif de la résection est pour moi une erreur profonde. A mon avis, pour les individus qui ont subi la résection du genou, c'est un véritable bienfait que d'avoir le membre opéré plus court que l'autre. Qu'on en juge : je ne fais porter à mes réséqués d'autre appareil qu'un soulier orthopédique, avec semelle et talon élevés ; or, je suis sans cesse obligé de répéter aux fabricants de se garder de compenser trop exactement la différence de longueur des deux membres ; le plus souvent ils s'y obstinent et les malades n'en marchent que plus mal. La plupart de ceux-ci d'ailleurs finissent par renoncer à leur soulier à haut talon, ayant remarqué d'eux-mêmes qu'avec un soulier ordinaire, c'est-à-dire avec un membre plus court, ils *fauchent* moins, et par conséquent marchent plus aisément.

Je me résume donc et je dis qu'au triple point de vue — du résultat fonctionnel, de la bénignité et de l'efficacité — l'arthrectomie n'a sur la résection aucune supériorité réelle.

Bien au contraire, la résection, par ce seul fait qu'elle donne un résultat nécessairement plus complet, doit l'emporter sur l'opération qui lui est opposée. On ne saurait trop insister, en matière de tuberculose, sur la nécessité d'une opération totale; si l'on parvient à enlever ou à détruire la totalité des foyers tuberculeux,

l'intervention aura été vraiment utile, le malade sera toujours amélioré. Mieux vaut l'abstention qu'une opération incomplète.

M. Segond. A l'appui de ce que vient de dire M. Championnière, je puis citer les faits suivants : deux fois, chez un homme de 40 ans dans un cas, chez un jeune garçon de 14 ans dans un autre, j'ai cru pouvoir me contenter de l'extirpation et de la destruction des parties molles malades. Dans ces deux cas, le résultat thérapeutique fut nul; le mal poursuivit son cours, et j'ai dû, pour y mettre un terme, me résoudre chez l'un et l'autre de mes malades à pratiquer l'amputation de la cuisse.

2° *Troubles hystériques d'origine traumatique.*

M. Terrier. J'ai demandé la parole pour insister sur l'intérêt que présente le malade atteint d'hystérie traumatique qui vous a été présenté à notre dernière séance par M. Kirmisson. Déjà, auparavant, M. Terrillon vous a fait voir deux sujets présentant des troubles de même ordre, et vous a fait part, ainsi que M. Kirmisson, des recherches du professeur Charcot sur ce point.

Il importe, en effet, de ne pas perdre de vue que c'est M. Charcot qui a su, le premier, rapporter à leur véritable origine les phénomènes singuliers qui s'observent à la suite de certains traumatismes ; le premier, il a montré qu'il ne s'agissait, en pareil cas, d'autre chose que d'accidents hystériques ou hystériformes.

Depuis longtemps on avait été frappé des troubles tout particuliers qui survenaient parfois à la suite de traumatismes graves, et en particulier à la suite des accidents de chemin de fer.

Les auteurs anglais J. Erichsen, dès 1864, H. W. Page, plus tard, les signalaient, les rapportant à des altérations médullaires mal connues. En Allemagne, plus récemment, ils étaient également étudiés, sans qu'on parvînt à en fixer la nature ; on s'efforçait d'en faire une entité morbide nouvelle, une affection spéciale neurasthénique.

L'opinion de M. Charcot, d'abord combattue en Allemagne par Oppenheim et Bernhardt, est aujourd'hui acceptée par ces mêmes auteurs. Elle ne paraît devoir plus trouver de contradicteurs. Il était intéressant, dans une société française, de revendiquer pour notre compatriote l'honneur de cette découverte.

Et j'y tenais d'autant plus que, cette année même, dans notre propre pays, un médecin légiste français [1], dans une étude sur les

[1] Vibert (Ch.), *Étude medico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer.* Paris, 1880.

troubles produits par les accidents de chemin de fer, décrit les faits dont je parle, et paraît absolument ignorer l'interprétation que les recherches de M. Charcot permettent de leur donner.

L'oubli est grave. Il est, en effet, à peine besoin d'insister sur l'importance que présente l'étude des cas de ce genre, particulièrement pour les chirurgiens qui peuvent être appelés comme experts dans les questions toujours délicates d'indemnité à accorder, à la suite d'accidents de chemins de fer ou autres de même ordre.

J'ai dit que c'est dans les travaux de M. Charcot que l'on trouvera tous les documents relatifs à ce sujet. Je puis ajouter que ses élèves, MM. Berbez et Bataille, l'an dernier (1887), M. Thyssen, cette année, ont étudié dans leurs thèses cette intéressante question.

Rapport.

Sarcome du testicule chez un homme de 60 *ans. Castration. Guérison maintenue pendant trois ans*, par M. JALAGUIER,

Rapport par M. Ch. MONOD.

L'observation que nous a adressée M. Jalaguier ne présente, au premier abord, aucun attrait spécial. Il s'agit, en effet, d'un de ces cas vulgaires de sarcocèle développé depuis deux ans chez un homme de 60 ans, bien portant d'ailleurs; tumeur ovoïde, grosse comme les deux poings, de forme parfaitement régulière; sa consistance, partout uniforme, est celle d'une hydrocèle à parois épaisses et très tendues; absence complète de transparence à la lumière transmise. Une ponction ayant été faite pour assurer le diagnostic, et n'ayant donné lieu à aucun écoulement de liquide, la castration fut proposée, acceptée et aussitôt pratiquée. L'opération fut sans accident et la guérison se fit promptement, sans encombre.

Jusqu'ici donc, rien qui soit de nature à forcer l'attention. Mais voici par où ce fait acquiert un véritable intérêt.

Le malade, opéré il y a plus de trois ans aujourd'hui, est actuellement encore sans récidive.

Cette heureuse circonstance, à la suite de la castration pour tumeur du testicule, est assez rare pour que nous nous y arrêtions un moment.

Avant tout, nous pouvons nous demander si la guérison du malade de M. Jalaguier est bien réellement définitive. On est en

droit de l'espérer, sans qu'il puisse s'agir là évidemment d'une absolue certitude.

Tout récemment encore, MM. Cornil et Castex rapportaient à la Société anatomique l'histoire d'une femme opérée trois ans auparavant par M. Panas d'un sarcome de l'orbite; sans aucune récidive locale, sans aucune dégénérescence ganglionnaire, la malade avait été atteinte de généralisation dans le corps du cubitus gauche et de l'extrémité inférieure du fémur du même côté.

Un sort analogue est-il tôt ou tard réservé au malade de M. Jalaguier? Nous ne saurions le dire.

Il a joui du moins de trois ans de survie, et il est probable qu'en tout cas il n'y aura jamais de récidive locale, c'est un grand point.

Pouvons-nous expliquer cet heureux résultat?

Tient-il à la nature de la tumeur enlevée? Nous ne le pensons pas. Les renseignements que nous donne M. Jalaguier à cet égard sont du moins insuffisants pour l'affirmer. Il nous dit, en effet, que le diagnostic histologique, porté par M. Suchard au laboratoire du Collège de France, fut *sarcome à cellules rondes*. M. Suchard ajoutait : « Ces sarcomes à cellules rondes ont été appelés par d'autres *carcinomes réticulés* et *lymphadénomes;* il y a dans presque toutes ces tumeurs du testicule un réticulum conjonctif qui ne suffit pas toujours pour établir le diagnostic de lymphadénome. »

La nature exacte du néoplasme ne ressort pas très clairement de cette note. Il paraît du moins certain qu'il appartient à la classe des tumeurs malignes, qu'il confine même à celles dont le pronostic est le plus mauvais, le lymphadénome, qui, de « tous les néoplasmes testiculaires, écrivions-nous ailleurs, est peut-être celui qui offre le plus de tendance à une rapide généralisation [1] ».

Nous croyons avec M. Jalaguier qu'en matière de tumeur testiculaire, et nous ajouterons volontiers, en matière de néoplasmes, quel qu'en soit le siège, il faut tenir moins compte de l'analyse histologique que de l'évolution du mal, de sa limitation, de la rapidité de son allure, voire même de l'âge du sujet qui la porte.

Et d'abord, pour ce qui est de ce dernier point, il résulte de l'ensemble des faits que j'ai eu, à propos d'un cas personnel, occasion de réunir sur le cancer du testicule des enfants [2] que, chez

[1] Ch. Monod et Terrillon, Essai sur le lymphadénome du testicule (*Arch. gén. de méd.*, juillet-septembre 1879).

[2] Ch. Monod, Cancer du testicule chez l'enfant (*Progrès médical*, 1884, p. 427).

ceux-ci, le sarcocèle a une gravité spéciale, puisque, à peu près sans exception, la mort, par généralisation viscérale, a lieu dans l'année qui suit l'opération. Le malade de M. Jalaguier avait 60 ans. Or, sans aller jusqu'à dire avec M. Mollière[1], traitant, au dernier Congrès de chirurgie, de la récidive des cancers opérés, qu'à partir de 70 ans on peut presque absolument compter sur une guérison définitive, il est certain, comme le montre l'auteur, que chez les sujets de 50 à 60 ans et au delà les chances de survie, à la suite d'une ablation complète, sont plus grandes que chez de plus jeunes.

Mais j'attache plus d'importance encore à la marche lente du mal et à sa limitation relative.

Je rappelle que le malade faisait remonter le début de son affection à deux ans au moins, ce qui, pour une tumeur maligne, est une allure modérée.

L'examen de la pièce montra, d'autre part, que la glande n'était pas envahie dans sa totalité; une portion, petite, il est vrai, était encore intacte. Le cordon, d'ailleurs, était sain, et il est probable que les ganglions abdominaux n'étaient pas envahis, circonstances favorables, en somme, à une intervention efficace.

Il est à peine besoin de redire ici combien il importe, pour assurer au malade atteint de cancer quelques chances de non-récidive, de faire la large et complète ablation du mal. Le testicule, tant que la lésion n'a pas franchi l'albuginée, se trouve, à cet égard, dans les meilleures conditions; à plus forte raison en est-il ainsi lorsque, comme chez le malade de M. Jalaguier, la dégénérescence a respecté une portion du parenchyme et n'a pas encore gagné le cordon.

Les faits de ce genre n'en sont pas moins excessivement rares. Kocher, dans la dernière édition de son *Traité des maladies du testicule*, ne cite que deux cas: l'un, appartenant à Demarquay; l'autre, à Volkmann, où l'absence de récidive, à la suite de castration pour sarcome, put être constatée, au bout de deux ans pour l'un, de trois ans pour l'autre.

A ces deux faits, je puis en joindre un troisième. Il s'agit d'un malade opéré avec mon concours par M. Guyon en 1879. Le testicule était en ectopie inguinale; l'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'un carcinome réticulé. Il n'y a aujourd'hui encore, dix ans après, aucune trace de récidive.

Le fait de M. Jalaguier, en raison même de sa rareté, méritait donc toute votre attention.

[1] D. Mollière, Congrès de chirurgie, 1887, séance du 17 mars (*Bull. méd.*, 1887, p. 359).

Je vous propose donc d'adresser tous nos remerciements à notre distingué confrère, et de déposer son observation dans nos archives.

Communication.

Sur deux cas de lésions nerveuses consécutives à des fractures,

Par A. Heydenreich.

Les lésions nerveuses consécutives à des fractures présentent entre elles une remarquable diversité, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique. J'ai eu récemment l'occasion d'observer deux cas qui prouvent, une fois de plus, la vérité de cette proposition ; je vais relater sommairement ces deux observations, qui offrent quelque intérêt.

Observation I. — W..., employé, âgé de 37 ans, entre dans mon service, le 14 octobre 1887, pour une paralysie radiale de l'avant-bras droit. Il raconte qu'il s'est fait une fracture par cause directe de l'humérus droit le 19 août, et que l'existence de la paralysie a été remarquée le 14 septembre, jour où un appareil plâtré, qui maintenait le membre, a été enlevé.

Je constate chez W... un cal assez volumineux à la jonction du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'humérus. Le malade porte la main fléchie sur l'avant-bras et dans la pronation ; les doigts se trouvent dans la flexion. Les mouvements d'extension et d'abduction de la main sont impossibles, les mouvements de supination, très incomplets, sont dus exclusivement à l'action du muscle biceps. En somme, la paralysie est étendue à tous les muscles des régions externe et postérieure de l'avant-bras ; ces muscles présentent un certain degré d'atrophie, et leur réaction vis-à-vis d'un courant électrique induit est nulle. Les autres muscles du membre sont intacts.

La sensibilité est conservée dans toute l'étendue du membre supérieur. Mais le malade se plaint de douleurs spontanées vers la face dorsale du poignet.

Il est évident que le nerf radial subit une compression au niveau du cal de l'humérus ; il est donc indiqué de chercher à le dégager.

J'entreprends l'opération le 19 octobre. Je vais à la recherche du nerf radial à sa sortie de la gouttière humérale, point qui correspond à la limite inférieure du cal ; puis je le suis de bas en haut à la surface du cal. Vers la partie supérieure de celui-ci, le nerf est étroitement appliqué contre le cal, auquel il est uni par du tissu cicatriciel. Par une dissection laborieuse, j'arrive à libérer le nerf, et je constate alors qu'au niveau de sa portion adhérente il présente un étranglement situé entre deux petits renflements ; du reste, la couleur et la consistance

du nerf sont peu modifiées. Je termine l'opération par la suture de la peau.

Le lendemain, le malade accuse dans les trois premiers doigts quelques fourmillements, qui persistent trois ou quatre jours. Par contre, les douleurs du poignet diminuent aussitôt après l'opération et cessent même au bout de deux jours ; toutefois, pendant plusieurs semaines, on les voit reparaître de temps en temps.

Dès le 28 octobre, neuf jours après l'opération, on constate nettement quelques mouvements dans les muscles paralysés : la supination devient possible, indépendamment de l'action du biceps; l'extension de la main sur l'avant-bras tend à revenir.

A partir du 5 novembre, je fais électriser les muscles paralysés avec un appareil à courant interrompu. A cette époque, l'extension des doigts est encore à peu près impossible ; si l'on commande au malade de vous serrer la main, on s'aperçoit que sa force musculaire est minime. A la mensuration, la circonférence de la partie supérieure de l'avant-bras droit n'atteint que 246 millimètres, tandis qu'à gauche cette même circonférence est de 282 millimètres. Quant à la réaction électrique des muscles paralysés, elle est à peu près nulle.

Vers la fin de novembre, le malade parvient à étendre en partie les doigts, sans les redresser complètement. Les muscles paralysés commencent à réagir sous l'action du courant électrique. La différence de circonférence des deux avant-bras n'est plus que de 30 millimètres.

L'amélioration continue lentement. Dans le courant de janvier 1888, l'extension complète des doigts devient possible; cependant le malade ne parvient à écarter les doigts qu'en les fléchissant légèrement sur les métacarpiens. Il ne peut encore ni écrire, ni accomplir aucun travail avec sa main droite. La force de cette main, appréciée au dynamomètre, n'est que de 15 kilogrammes, tandis que la force de la main gauche est de 45 kilogrammes.

La dernière fois que j'ai vu cet homme, le 10 mars, c'est-à-dire moins de cinq mois après l'opération, son état est très amélioré. Il écrit facilement et parvient à écarter ses doigts en les maintenant étendus ; tous les mouvements sont possibles. La force de la main droite au dynamomètre est de 33 kilogrammes. La différence de circonférence entre les deux avant-bras n'est plus que de 13 millimètres.

Obs. II. — K..., tailleur de pierres, âgé de 22 ans, se présente à l'hôpital de Nancy, le 10 décembre 1887, se plaignant de douleurs de la jambe et du pied gauches.

Cet homme, ancien soldat de la légion étrangère, a été blessé au Tonkin, dans un des combats en avant de Lang-Son, le 23 mars 1885, par une balle, ayant formé séton à la partie supérieure de la jambe droite ; il est tombé rapidement en syncope et a dû être emporté. La plaie n'a été guérie qu'en novembre 1885, au bout de huit mois, et pendant tout ce temps, surtout à partir du troisième mois, le blessé a éprouvé des phénomènes douloureux et des crampes dans la jambe ; à plusieurs reprises, on a extrait des esquilles venant du péroné.

Après la cicatrisation de la plaie, le malade s'est trouvé dans l'impossibilité de travailler : sa jambe enflait et les douleurs devenaient très vives. Il a fait alors des séjours dans différents hôpitaux, sans que sa situation se modifiât.

Lors de son entrée à l'hôpital, on constate, d'après la situation des cicatrices, que la partie supérieure de la jambe droite a été traversée d'avant en arrière, suivant une ligne légèrement oblique en dehors et en bas. La cicatrice antérieure siège à environ 10 centimètres de la rotule et à un centimètre en dehors du bord antérieur du tibia. La cicatrice postérieure est située à 2 centimètres et demi en dehors et en arrière du péroné, qui est déformé et épaissi.

Le malade accuse des douleurs continues, sourdes, et des crampes dans la profondeur de la jambe, et il se plaint de douleurs lancinantes, revenant par accès et irradiant dans les trois premiers orteils.

La sensibilité est abolie dans la portion dorsale des trois premiers orteils. On peut admettre qu'elle est à peu près supprimée dans le territoire innervé par le musculo-cutané et le tibial antérieur. Elle existe, mais plus ou moins obtuse, dans les zones innervées par le saphène péronier et le saphène externe. Le territoire du saphène interne est intact.

Au point de vue de la motilité les muscles antérieurs et externes de la jambe n'agissent que fort peu ; les muscles postérieurs se contractent assez bien. Mais, sous l'influence du courant induit, on ne constate pas plus de réaction dans les uns que dans les autres. La jambe droite paraît atrophiée; sa circonférence au niveau du mollet est inférieure d'un demi-centimètre à celle de la jambe gauche. Le malade traîne légèrement la jambe en marchant.

Je pose le diagnostic de névrite ascendante ayant pour point de départ une lésion du nerf tibial antérieur ou peut-être du musculo-cutané, et je propose au malade une opération, que je pratique le 16 décembre.

Je fais une incision au niveau du col du péroné, suivant la direction du sciatique poplité externe. Arrivé sur ce nerf, je l'isole jusqu'à sa division. J'examine d'abord le musculo-cutané, et je constate, en le suivant sur une certaine longueur, qu'il est intact. Je passe alors à la dissection du tibial antérieur, et, pour cela, je fais une seconde incision cutanée perpendiculaire à la première, et je sectionne en travers l'extenseur commun des orteils.

Je ne tarde pas à m'apercevoir que le nerf tibial antérieur est fixé par du tissu cicatriciel contre le péroné, qui en ce point est épaissi et forme un coude saillant en dedans; il s'agit là d'une fracture vicieusement consolidée. Cette portion du nerf est rouge, gonflée, infiltrée, sur une longueur de 5 à 6 centimètres. Avec la rugine et la sonde cannelée, je dégage péniblement le nerf de ses adhérences au péroné. Puis je termine l'opération par la suture au catgut du muscle divisé et par la suture de la peau au fil d'argent.

La cicatrisation de la plaie se fait sans incident. Mais l'opération a pour conséquence immédiate un réveil de la fièvre paludéenne, dont a

souffert antérieurement le malade; cette fièvre cède rapidement à l'administration du sulfate de quinine.

D'autre part, le jour même de l'opération, surviennent des douleurs violentes dans la jambe au niveau de la plaie, avec élancements dans les deux premiers orteils. Ces douleurs persistent, très vives, pendant deux ou trois jours, puis diminuent, pour disparaître vers le 30 décembre. Huit jours après, elles se manifestent de nouveau, moins vivement toutefois, et persistent pendant une dizaine de jours.

Cependant, dès le 21 décembre, cinq jours après l'opération, la sensibilité reparaît confusément dans les trois premiers orteils. Peu à peu toutes les parties anesthésiées redeviennent sensibles.

Par contre, l'atrophie musculaire se prononce un peu plus, malgré l'électrisation des muscles, qui est commencée le 25 janvier 1888. La différence de circonférence des deux jambes, qui était d'un demi-centimètre avant l'opération, atteint 3 centimètres le 27 février, jour où cet homme quitte l'hôpital.

A ce moment, il subsiste une très légère claudication; mais le malade marche plus facilement qu'avant l'opération, parce que, dit-il, il ne sent plus à chaque pas, comme auparavant, des tiraillements dans la jambe. Du reste, il est débarrassé de ses douleurs et de ses crampes, c'est-à-dire des inconvénients qui l'avaient déterminé à réclamer une intervention chirurgicale.

Réflexions. — Ces observations se ressemblent par un seul point. Dans les deux cas, les troubles nerveux étaient dus à ce fait qu'un nerf se trouvait étroitement appliqué par du tissu cicatriciel contre un cal osseux. Dans les deux cas, l'opération, en dégageant le nerf sans s'attaquer à l'os, a eu pour résultat de faire cesser les troubles. Malgré cette similitude dans la cause, les symptômes ont été essentiellement différents.

Chez le premier malade, on constatait une paralysie motrice complète dans tout le territoire innervé par le nerf radial au-dessous du point comprimé, tandis que la sensibilité était intacte. Il existait, d'ailleurs, des douleurs à la face dorsale du poignet.

Dans le second cas, au contraire, pas de paralysie complète, mais un simple affaissement musculaire. Par contre, indépendamment des phénomènes douloureux, on notait des troubles profonds de la sensibilité.

Ce n'est pas tout. Chez le premier malade, les phénomènes pathologiques étaient strictement limités au territoire du nerf radial. Chez le second, ils dépassaient largement le territoire du tibial antérieur, pour s'étendre à celui du musculo-cutané, et même à celui du sciatique poplité interne.

Cette extension n'est explicable que par l'existence d'une névrite ascendante, s'étant propagée du nerf tibial antérieur au sciatique poplité externe, puis au tronc même du grand nerf sciatique.

L'opération, du reste, a montré que le tibial antérieur présentait les signes d'une inflammation violente.

Il est à remarquer que le premier malade a été opéré deux mois après l'accident, cause de ses lésions, et que cet accident n'a été qu'une fracture simple de l'humérus. Chez le second malade, le temps écoulé entre la blessure et l'intervention chirurgicale a été de près de trois ans, et cette blessure a été une plaie par arme à feu, avec fracture comminutive du péroné, plaie qui a suppuré pendant huit mois. Étant données ces conditions si différentes, on comprend que la lésion nerveuse ait été bien plus grave dans le second cas que dans le premier.

Ce qui s'explique moins, c'est qu'il y ait eu, dans un cas, une paralysie musculaire complète avec persistance de la sensibilité, tandis que, dans l'autre cas, la sensibilité était abolie et l'action musculaire simplement affaiblie. Les lésions nerveuses réservent de ces surprises, et ces bizarreries doivent toujours être présentes à l'esprit, au moment où l'on pose le diagnostic.

Communication.

De l'intervention chirurgicale dans les attitudes vicieuses dues aux rétractions musculaires succédant à la contracture[1],

Par M. Terrillon.

Un certain nombre de maladies du système nerveux central provoquent, dans les muscles des membres, des contractures plus ou moins rebelles auxquelles on a donné le nom de contractures spasmodiques. Celles-ci occasionnent des attitudes vicieuses, principalement du côté des extrémités, et les déformations ainsi produites ont ordinairement un caractère qui ne varie pas pour chaque segment du membre.

La contracture spasmodique est un phénomène assez souvent passager, ayant une durée variable, souvent très longue.

Quand elle cesse, les muscles, ordinairement intacts, peuvent reprendre leurs fonctions; les articulations, très peu altérées par l'immobilisation, peuvent être mobilisées facilement. Tous les désordres apparents produits par cette attitude des muscles sont donc susceptibles de disparaître et de ne laisser aucune trace.

[1] Ce travail a été inspiré par M. le professeur Charcot, qui m'a confié plusieurs de ses malades atteintes de déformation par rétractions musculaires. Les opérations ont été pratiquées à l'hospice de la Salpêtrière.

Cet heureux résultat est fréquent, surtout dans les contractures d'origine hystérique; et les exemples nombreux et très remarquables du retour rapide, quelquefois même presque instantané, de la fonction du membre depuis longtemps en attitude vicieuse, ne laissent aucun doute sur ce phénomène.

On a même cru pendant longtemps que la contracture spasmodique de nature hystérique ne laissait, après sa guérison, aucune attitude vicieuse, et que le retour des mouvements était assuré, à cause de l'intégrité des muscles et des articulations immobilisées.

Malheureusement, l'examen plus approfondi de quelques malades a montré que, chez un certain nombre d'entre eux, la contracture pouvait cesser complètement (nous verrons plus tard comment on peut s'assurer de cette disparition de la contracture), mais qu'après elle persistait une rétraction des muscles qui maintenait indéfiniment les attitudes vicieuses.

La contracture hystérique n'a pas seule ce privilège, car d'autres affections du système nerveux, telles que les altérations de la moelle et des nerfs produites par l'alcoolisme, la pachyméningite spinale, etc., peuvent également occasionner des troubles musculaires avec ou sans contracture, mais laissant à leur suite une rétraction fibreuse et indélébile.

Dans ces conditions, c'est-à-dire quand, la contracture ayant cessé, l'attitude vicieuse persiste, les muscles qui maintiennent cette déformation semblent raccourcis. Quand on essaye de redresser la fausse position du membre, on a la sensation d'une résistance brusque, comme celle que produirait une corde rigide.

En même temps, la palpation du muscle donne un sentiment de dureté, de rigidité spéciales.

Cependant, phénomène curieux, la contractilité musculaire est intacte, et l'exploration électrique ne laisse aucun doute sur sa persistance.

Cette nouvelle disposition du muscle, qui succède à la contracture, devient immuable; elle n'a aucune tendance à changer. Lorsque les muscles sont faibles, peu volumineux, on peut, au moyen de l'extension graduée, arriver à les allonger légèrement; mais ce résultat ne peut être obtenu dans les muscles épais et solides que par une intervention chirurgicale. Celle-ci doit consister en une section de tendons qui, permettant la cicatrisation des deux bouts à une certaine distance l'un de l'autre par du tissu fibreux intermédiaire, permettra un allongement artificiel du muscle.

Mais ce n'est pas tout, et l'obstacle au mouvement ne réside pas seulement dans cette rétraction musculaire. Quand on examine

attentivement les malades atteints de ces déformations, on constate un autre phénomène important.

A côté de la déformation produite par la rétraction des muscles causée par la contracture spasmodique, il existe un autre élément qui concourt également à rendre les mouvements difficiles dans les articulations immobilisées : c'est l'*altération destissus péri-articulaires.*

Nous avons vu, en parlant de la contracture spasmodique en général, que l'immobilité dans laquelle elle maintient les articulations n'a aucun effet nuisible sur celles-ci, et que souvent les mouvements peuvent s'exécuter facilement lorsque les muscles sont relâchés.

C'est là un fait d'observation générale et qui n'est pas douteux ; non seulement l'articulation immobilisée est intacte, mais ses tissus périphériques ne sont pas engorgés, ni indurés, et ne peuvent gêner les mouvements, ou ne les gênent que temporairement.

Or, ce qui est vrai pour les contractures spasmodiques qui laissent intacts les muscles et peuvent disparaître complètement, ne l'est plus pour les cas dans lesquels le muscle, en cessant d'être contracturé, subit l'altération spéciale dont nous avons parlé plus haut et semble se rétracter.

Dans ce cas, il se passe aussi du côté de l'articulation des phénomènes particuliers qui vont gêner le retour des mouvements.

Ce n'est heureusement pas dans l'intérieur de l'articulation que se produisent ces désordres. Celle-ci reste intacte, et ses cartilages ne sont pas dépolis, la synovie seule étant peut-être moins abondante, comme dans toute articulation immobilisée.

Ces désordres se développent autour de l'article, dans le tissu cellulaire et les tissus fibreux ou ligamenteux qui l'entourent, en un mot, dans les tissus *péri-articulaires.*

Ceux-ci s'épaississent, s'indurent, s'exagèrent de manière à marquer les reliefs de l'articulation. Ils ont surtout pour effet de gêner les mouvements lorsque le muscle trop court a été allongé par une opération appropriée. Des tiraillements douloureux, les déchirures des plans fibreux périphériques, au moment où on pratique des mobilisations, donnent la preuve de leur résistance, qui retarde, pendant quelque temps, le retour des mouvements complets de l'articulation.

Ces désordres sont variables suivant les cas ; mais ils m'ont semblé moins accentués dans les reliquats des contractures hystériques que dans ceux qui succèdent aux contractures spasmodiques d'autre origine.

En résumé, on constate une dureté des tissus péri-articulaires

entourant l'articulation immobilisée, une altération portant sur les éléments fibreux, qui doit être de même nature que celle qui atteint le muscle en agissant sur son tissu cellulaire pour le rendre inextensible, mais en laissant intacte la partie contractile.

Ces désordres resteraient probablement indélébiles, ainsi que cela arrivait avant qu'on les soumît à un traitement chirurgical rationnel. Actuellement, nous savons que, par des moyens appropriés, on peut les faire disparaître, les amoindrir, au point que la fonction reparaisse complète et parfaite.

L'enseignement qui découle de ces préliminaires peut se résumer dans les deux conclusions suivantes, au point de vue de l'intervention chirurgicale :

1° Il faut d'abord allonger les muscles rétractés, de façon à leur permettre de fonctionner dans leur attitude physiologique et de mettre leurs antagonistes dans une condition semblable.

2° Il est nécessaire d'assouplir les tissus périphériques pour faire disparaître cette cause de gêne dans les mouvements articulaires.

Mais, afin de pouvoir agir d'une façon utile et opportune, il est absolument nécessaire de se pénétrer de quelques principes qui sont indispensables pour obtenir un bon résultat.

Le premier précepte, qu'il ne faut pas oublier et qui prime tous les autres, lorsqu'il s'agit d'intervenir pour des déformations résultant des contractures, c'est d'attendre que le phénomène actif, la contracture elle-même, ait disparu.

Pendant tout le temps que les muscles sont sous l'influence de ce phénomène physiologique, il faut s'abstenir. La section des tendons serait alors plus nuisible qu'utile, car, après la séparation des deux bouts, le muscle contracturé, entraînant le bout tendineux qui lui correspond, empêcherait la réunion par un cordon fibreux intermédiaire.

Mais il est encore une autre raison qui force à s'abstenir pendant la période de contracture, c'est que les muscles antagonistes également contracturés, libres de leur action, reproduiraient aussitôt une déformation inverse de la précédente. Au lieu d'un pied équin, on aurait un pied talus, etc. M. Charcot est très affirmatif sur ce point, et voici comment il s'exprime : « Tant que persiste l'élément myospasmodique, je repousse toute tentative de redressement à l'aide d'appareils, car j'ai constaté toujours les plus fâcheux effets de ce mode de traitement et je prêche en pareil cas, avec conviction, la doctrine de l'expectative.

« Mais lorsque toute manifestation de l'hystérie ou de l'élément myospasmodique a complètement disparu, nous sommes dans les

conditions les plus favorables au succès d'une opération. » (*Bull. méd.*, 1887, p. 109.)

Étudions maintenant quels sont les signes qui nous permettront de savoir si on peut intervenir, en un mot, si la contracture a disparu.

En général, cette constatation est facile. L'étude attentive des mouvements pourra, dans la plupart des cas, démontrer assez facilement l'absence de contracture. Chez mes malades, après la disparition de la contracture, on pouvait imprimer à la jointure quelques mouvements, limités, il est vrai, par la tension des tendons raccourcis et des tissus fibreux péri-articulaires, mais ces mouvements étaient assez faciles et non douloureux. Au contraire, dans le cas de contracture en activité, ces mouvements ou bien sont impossibles, ou ne sont possibles qu'à la condition de tirailler les muscles, de faire souffrir les malades et d'augmenter secondairement la contracture musculaire. En effet, les réflexes tendineux sont exagérés dans le cas de contracture; ils diminuent et redeviennent normaux, le plus souvent, quand la contracture cesse et fait place à la simple rétraction. C'est là un signe excellent qui sert à différencier les deux états des muscles. M. Charcot a particulièrement insisté sur ces signes dans la leçon que j'ai signalée plus haut.

Enfin, et cela est souvent nécessaire, on peut avoir recours à l'emploi du chloroforme, et, dans le cas de doute, il faut toujours user de ce moyen. Lorsque le malade est profondément endormi, et que ses muscles sont en relâchement, la contracture spasmodique s'amoindrit, disparaît même complètement, et alors tous les mouvements de l'articulation immobilisée peuvent reparaître. Au moment du réveil, ou plutôt à mesure qu'il se produit, on voit la contracture reparaître et l'attitude vicieuse se montrer de nouveau. Dans le cas de rétraction secondaire succédant à la contracture, ce résultat n'existe pas; malgré l'anesthésie la plus profonde, le muscle, raccourci dans ses éléments fibreux ou dans un tendon, reste toujours à l'état de corde rigide, d'autant plus tendue qu'on veut la violenter davantage. On trouve ainsi confirmé que la rétraction vraie est un phénomène différent de la contracture et qui ne peut céder que par les moyens mécaniques ou chirurgicaux.

Méthode opératoire. — Après avoir montré par ces réflexions les indications principales de l'intervention chirurgicale, j'entrerai dans quelques détails sur la manière d'intervenir et sur les précautions qu'il est nécessaire de prendre, non seulement pour la section des tendons, mais aussi quand il s'agit de faire les manipula-

tions consécutives qui sont utiles au rétablissement de la fonction du membre. Pour conserver la fonction du muscle après la section du tendon, il est nécessaire de ne produire, entre les deux bouts sectionnés, qu'un écart assez petit, surtout au début. Cet écart ne doit pas dépasser un ou deux centimètres pour les tendons un peu longs, surtout pour ceux qui sont contenus dans une gaine. Sans cette précaution, il pourrait se faire que les deux bouts ne soient plus unis par un tissu fibreux secondaire développé dans la gaine intermédiaire. Ce résultat serait très défectueux, car le muscle devenant impuissant, le segment du membre dévié prendrait bientôt une déviation en sens opposé, grâce à la tonicité des muscles antagonistes. L'infirmité nouvelle serait souvent plus grave que la précédente.

Souvent, après l'opération, cet écart peu considérable des deux bouts coupés semble ne procurer qu'un redressement modéré et ne pas fournir la totalité du résultat espéré. Il semble donc que le muscle reste encore trop court. Mais l'expérience m'a prouvé qu'on peut négliger cette crainte; car, dans tous les cas que j'ai vus, j'ai été frappé de la facilité avec laquelle on obtenait ultérieurement, par des tractions méthodiques, l'allongement définitif du muscle. Cet allongement secondaire se produit probablement aux dépens du morceau cicatriciel intermédiaire aux deux bouts coupés. Après quelques jours de marche ou par des exercices variés, on voit la partie, encore déviée d'une certaine quantité, reprendre progressivement sa position normale.

Aussi, je conseille de ne faire, après la section, qu'un redressement incomplet, de ne pas trop écarter les bouts coupés, car la restauration immédiate de la fonction normale n'est pas indispensable et peut avoir des inconvénients. J'ajouterai que souvent les lésions périphériques à l'articulation, la péri-arthrite, que j'ai déjà signalée, empêchent ce redressement complet.

Immédiatement après la section, la partie redressée est simplement immobilisée avec de la ouate maintenue par des bandes de toile, et fixée, sans une trop grande rigueur, dans sa nouvelle situation.

Après sept ou huit jours, on applique un appareil plâtré, qui est disposé de façon à immobiliser le membre dans une position se rapprochant le plus possible de la normale.

Manipulations et soins consécutifs. — Lorsque la section tendineuse a été pratiquée et que la cicatrisation est suffisante, après un mois environ, le segment du membre malade n'a pas encore repris sa position normale. Il reste encore un peu dévié, les mouvements des articulations provoquent des douleurs; enfin il existe

autour de ces articulations des épaississements fibreux qui gênent la mobilité complète.

D'autres altérations de voisinage peuvent aussi gêner les mouvements. Ainsi, quand la déviation a porté sur le pied, lorsque celui-ci a été redressé, on voit persister un certain degré de flexion des orteils; ce phénomème est plus prononcé du côté du gros orteil. Cette flexion a pour inconvénient principal que, si le malade commence à marcher, il éprouve de grandes difficultés dues à cette position vicieuse persistante des orteils et à la raideur périarticulaire. En même temps, la plante du pied demeure encore creusée, ridée, et ne peut porter entièrement sur un plan horizontal. Pour la main, la flexion des phalanges produit le même résultat.

C'est alors que commence ce qu'on pourrait appeler la seconde période du traitement chirurgical, qui a pour but de détruire petit à petit les causes de raideur et de douleur, et d'atténuer la difficulté qu'éprouve le malade à appuyer complètement sur la plante du pied.

Il est inutile d'ajouter que, lorsque la flexion des orteils et surtout de l'un d'eux est due au raccourcissement évident du tendon fléchisseur, celui-ci sera coupé s'il résiste trop aux tractions.

Pour arriver à rendre aux articulations, surtout à celles du pied et du genou, toute leur souplesse, deux facteurs sont indispensables : la marche graduée, les massages ou manipulations diverses, y compris l'électrisation des muscles.

Rien ne peut remplacer l'exercice modéré qu'on impose au malade, malgré la douleur, la difficulté de la station et la raideur des jointures.

La déviation du gros orteil est souvent rebelle, et, dans ce cas, si le tendon fléchisseur tendu semble la cause de la permanence de la flexion, on peut le sectionner, comme dans mes observations I et VI, mais cela n'est pas toujours nécessaire.

En même temps que la marche graduée est effectuée plusieurs fois dans la journée par petites séances et limitée par la douleur éprouvée par le malade, on doit employer les manipulations. Celles-ci consistent dans des séances courtes, pendant lesquelles un aide cherche à redresser lentement, par une traction douce, les orteils, la plante du pied, et à mobiliser les articulations dans tous les sens. La douleur excessive doit être considérée comme une limite à cette manipulation. En même temps, quelques massages ou frictions, dans le sens de la circulation veineuse, pratiqués sur les tissus engorgés qui existent autour des articulations, constituent un adjuvant très utile. Après ces séances, on exerce une légère compression au moyen d'une bande de flanelle enroulée autour du membre. Il ne faut pas négliger non plus l'électricité,

qui, en ranimant la contractilité musculaire, lui donne plus d'action. Celle-ci est d'autant plus importante qu'elle permet au malade des exercices, et que, pendant la marche, la mobilisation des articulations retourne à l'état physiologique parfait.

Ici, les deux variétés d'électricité peuvent être employées avec avantage : les courants induits pour agir sur la contractilité, les les courants continus pour activer la nutrition des muscles. Ces moyens adjuvants, que nous avons toujours employés, ont donné d'excellents résultats et hâté d'une façon manifeste la guérison définitive.

Tout ce que nous avons dit à propos des pieds ou des genoux peut s'appliquer aussi aux déviations des mains ou des membres supérieurs ; leur traitement doit être basé sur les mêmes principes.

Observations. — Les observations de mes malades répondent à trois groupes distincts, la rétraction musculaire indélébile étant le résultat d'autant de causes différentes.

Dans le *premier groupe*, il s'agit d'une malade atteinte de pachyméningite cervicale ; cette malade a été déjà présentée par moi devant la Société de chirurgie. Cette présentation, qui a été rapportée longuement (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1884, p. 861), a fait le sujet d'une leçon de M. Charcot (*Bull. méd.*, 1887, p. 99).

Le *deuxième groupe* comprend trois malades atteintes de contracture hystérique ; deux appartenaient au service de M. Charcot, la troisième au service de M. Joffroy (à la Salpêtrière).

Ces trois malades avaient les deux pieds en équinisme complet, avec flexion des orteils (surtout du gros orteil) ; la contracture avait disparu et la rétraction des muscles postérieurs de la jambe entretenait la position vicieuse.

La section du tendon d'Achille, suivie de la section du fléchisseur du pouce, amena le redressement complet du pied.

L'emploi des massages, de la marche graduée et de l'électrisation des muscles de la jambe hâta la guérison définitive, en assouplissant l'articulation du cou-de-pied, dont les mouvements étaient gênés par l'épaississement des tissus périphériques.

Les deux malades de mon *troisième groupe* étaient atteintes d'alcoolisme chronique, lequel avait provoqué une paralysie qui s'était guérie, mais avait laissé une rétraction des muscles postérieurs de la jambe. Celle-ci entretenait une position vicieuse des pieds en équinisme. Les faits ont été déjà signalés par M. Charcot dans une de ses leçons (*Bull. méd.*, 1887, p. 101).

Le même traitement chirurgical rendit à la jambe et au pied leurs fonctions normales.

Enfin, je pourrais ajouter un cas dans lequel, à la suite d'une paralysie des jambes succédant à une fièvre typhoïde grave, il y eut aussi

équinisme persistant, par rétraction des muscles postérieurs de la jambe.

Ici encore, la section des tendons d'Achille et les autres moyens indiqués plus haut ont donné un résultat fonctionnel parfait.

Conclusions.

1° La contracture hystérique, les contractures spasmodiques, d'origine nerveuse ou médullaire, laissent quelquefois, après leur disparition, des lésions permanentes dans certains groupes musculaires et dans les tissus périarticulaires. Ces lésions entretiennent des attitudes vicieuses indélébiles de certains segments des membres.

2° Les altérations des muscles qui succèdent à la contracture portent sur leur partie fibreuse, et principalement sur leurs tendons, qui se trouvent raccourcis dans la position vicieuse qui existait pendant la contracture. La fibre musculaire affaiblie reste cependant intacte et peut retrouver toutes ses propriétés physiologiques. Les lésions périarticulaires consistent dans un épaississement des capsules d'enveloppe et des autres tissus fibreux qui, ainsi altérés, gênent et empêchent les mouvements de l'articulation.

3° Pour remédier à ces attitudes vicieuses, il est nécessaire de faire la section des tendons raccourcis en une ou plusieurs séances.

On doit également rompre les adhérences périphériques, en ayant, au besoin, recours au sommeil anesthésique.

4° Enfin il est toujours utile de remédier à tous ces désordres par un traitement secondaire, qui consiste dans l'excitation des muscles par l'électricité, dans des pratiques de massage portant sur les parties indurées périarticulaires, enfin dans une mobilisation méthodique et progressive des jointures.

5° Avant de commencer cette intervention, et surtout les sections tendineuses, il est indispensable de s'assurer que la contracture musculaire a disparu, et qu'il s'agit d'une rétraction capable de maintenir l'attitude vicieuse.

On pourra obtenir cette notion par l'étude méthodique des mouvements musculaires; mais on devra, le plus souvent, les examiner sous l'influence du sommeil anesthésique.

Dans ce cas, la contracture disparaît, pour reparaître après le réveil ; la rétraction, au contraire, persiste et ne change pas.

Présentations de malades.

1° Rétraction de l'aponévrose palmaire des deux mains. Opération. Redressement des doigts.

M. Terrillon présente un homme de 45 ans auquel il a pratiqué une opération chirurgicale pour redresser les deux doigts annulaires, complètement fléchis sur la paume de la main. La cause de cette flexion était une rétraction localisée à la digitation correspondante de l'aponévrose palmaire.

L'opération fut pratiquée de la façon suivante :

Une incision longitudinale, portant sur la partie formant corde, comprenait la peau épaissie jusqu'au cordon fibreux.

Deux incisions verticales, aux deux extrémités de la première, permirent de disséquer la peau de chaque côté, de façon à former un double volet.

La corde fibreuse, grosse comme une plume d'oie, fut ainsi mise à nu.

Pour opérer le redressement du doigt, je n'agis pas des deux côtés d'après le même procédé.

Du côté gauche, je me contentai de couper la corde en plusieurs points jusqu'au redressement complet.

Du côté droit, au contraire, je fis la résection de la corde dans toute l'étendue de la plaie.

La peau fut réunie à la surface et le doigt fixé dans l'extension avec une planchette.

La réunion par première intention fut parfaite, et maintenant les deux doigts sont allongés et peuvent se mettre dans l'extension complète.

On remarque seulement que, du côté gauche, au-dessous de la peau indurée correspondant à la cicatrice, existe encore une corde dure non tendue.

Du côté droit, au contraire, la peau est aussi épaissie; mais on ne sent plus de corde profonde.

Il sera intéressant de savoir comment ces deux cicatrices, si différentes, se comporteront au point de vue de la récidive, si fréquente après ces opérations, et s'il y aura une différence d'un côté à l'autre.

Discussion.

M. L.-Championnière. Le résultat obtenu par M. Terrillon chez son malade est excellent, mais je crains fort qu'il ne soit pas durable.

Ces flexions des doigts par rétraction fibreuse se reproduisent

d'une façon désolante, quel que soit le procédé opératoire qu'on emploie pour les combattre.

La seule chose que l'on gagne quelquefois, c'est une diminution dans le degré de flexion du doigt atteint. J'ai obtenu, pour ma part, ce résultat par les sections multiples de la bride, chez un homme, employé de chemin de fer, qui s'en est du reste contenté ; sa situation était assez améliorée pour qu'il pût reprendre son métier.

Je suis tellement convaincu de la récidive fatale de la difformité, que, consulté tout récemment par un homme présentant une forte flexion du petit doigt par rétraction, je lui ai donné le conseil de faire le sacrifice de son doigt.

Pour moi donc, toutes les fois que cette rétraction constitue une véritable infirmité, lorsque l'individu est jeune, lorsque la rétraction ne porte pas, comme je l'ai vu, sur plusieurs doigts en même temps, je considère que l'amputation est la véritable et la seule opération qui soit de mise.

Le fait de M. Terrillon n'est pas de nature à me faire changer d'avis. Il est trop récent. Je demande qu'il nous présente de nouveau son malade dans un an ; ou je me trompe fort, ou la flexion se sera, en tout ou en partie, reproduite.

M. Terrillon. Les observations de M. Championnière sont parfaitement justes. Je n'avais jamais eu occasion de faire d'opération de ce genre ; mais j'en avais vu faire, et je savais que les récidives sont très fréquentes.

C'est pour cela que, sur une des mains du moins de mon malade, je ne me suis pas contenté de la section multiple de la bride, mais que j'en ai pratiqué l'ablation complète, espérant ainsi me mettre à l'abri d'un retour du mal. L'événement montrera si j'y ai réussi.

J'ajoute que je compte faire porter à cet homme, pendant la nuit, un appareil à traction élastique qui luttera efficacement, je l'espère, contre la tendance à la rétraction.

M. L.-Championnière. Cet essai de traction élastique est très logique. Mais vous échouerez, comme tout le monde a échoué avant vous. Cela est fatal. La récidive sera peut-être moins rapide, mais elle est inévitable.

2° *Procédé anaplastique pour la guérison des fistules du sinus maxillaire.*

M. Quénu. Je présente à la Société de chirurgie une malade chez laquelle j'ai fermé une fistule spontanément incurable du

sinus maxillaire au moyen d'un procédé anaplastique spécial.

Cette dame, âgée de 30 ans, employée dans une blanchisserie, a vu survenir une tuméfaction de sa joue gauche il y a dix-huit mois; elle vint nous consulter au Dispensaire Péreire au commencement d'octobre dernier. Je constatai alors l'existence d'un kyste du sinus maxillaire occasionné vraisemblablement par des chicots dentaires. La paroi antérieure du sinus faisait une saillie considérable, et par la bouche on sentait une coque osseuse non dépressible.

La malade étant endormie la tête en bas, je pratiquai une large ouverture de la paroi antérieure du sinus au moyen d'un bistouri à lame courte et forte, et je fis sauter les racines avec un pied-de-biche. Il s'écoula du kyste un liquide albumineux, légèrement teinté de sang; chose bizarre, nous vîmes en même temps du sang sortir par les fosses nasales. La malade rentra chez elle, et pendant un mois eut soin de se rincer la bouche plusieurs fois par jour avec de l'eau boriquée. Il ne se produisit aucune suppuration, mais peu à peu la cicatrisation complète s'opéra, en laissant une ouverture suffisante pour le passage d'une plume d'oie. On constatait nettement à ce niveau la continuation de la muqueuse buccale avec la muqueuse du sinus.

Fin de novembre, je revois la malade et ne constate aucune diminution de l'orifice. Cet orifice siège en partie au niveau du bord alvéolaire et en partie à la face antéro-externe de la fosse canine ; des aliments s'y engagent parfois, et de plus la malade se plaint vivement de névralgies faciales : elle se rend très bien compte qu'un courant d'air passe de l'ouverture fistuleuse dans les fosses nasales et occasionne des douleurs dans la joue gauche quand l'air est froid. Je m'assurai à plusieurs reprises qu'aucun écoulement de nature quelconque n'avait lieu, et je proposai une opération qui fut acceptée; cette opération eut lieu à la fin de décembre.

Je taillai un petit lambeau gingivo-palatin juste suffisant pour recouvrir le trou, et le rabattis de façon que sa face muqueuse fût tournée vers le sinus et sa face cruentée à l'extérieur; j'avivai le rebord alvéolaire opposé de l'orifice fistuleux, mais je tentai en vain d'appliquer des sutures, les fils déchirant le tissu des gencives. Alors je taillai aux dépens de la muqueuse labiale un lambeau rectangulaire que, par glissement, j'appliquai sur le précédent; mais, ne pouvant le suturer à la gencive friable, je le maintins tendu comme un voile contre le lambeau précédent, au moyen de deux fils que je nouai autour des deux dents bordant l'orifice fistuleux. Les deux lambeaux, le gingivo-palatin et le labial, avaient ainsi leur surface cruentée l'une contre l'autre.

Lavages fréquents de la bouche avec une solution de chloral

et une solution boriquée, alimentation liquide; je conseille également le silence pendant trois ou quatre jours. Au bout de dix jours, je coupe les fils, la réunion est parfaite. L'opération date aujourd'hui de quatre mois; la malade ne souffre plus de ses douleurs dans la joue, elle n'est nullement gênée par le petit frein que réalise le lambeau labial, et qui est d'ailleurs peu accusé.

A tous égards, le procédé anaplastique que j'ai employé me paraît incontestablement préférable aux appareils prothétiques que les classiques conseillent encore aujourd'hui dans les cas de fistules incurables. Est-il besoin de dire que la première condition pour qu'on ait l'idée de boucher une fistule du sinus maxillaire, c'est qu'il ne s'en écoule plus rien, et que la fistule reconnue incurable constitue à elle seule l'infirmité, la cavité du sinus étant restée ou redevenue normale.

Discussion.

M. Berger. S'agissait-il bien dans le cas de M. Quénu d'une fistule du sinus? N'avait-il pas plutôt affaire à une excavation creusée dans l'épaisseur de l'os, sans communication avec le sinus?

M. Quénu. Je n'ai pas de doute à cet égard; ma malade était réellement atteinte d'une hydropisie du sinus maxillaire, à telles enseignes que, l'ouverture du bord alvéolaire ayant été pratiquée, il se faisait un courant d'air entre les fosses nasales et la bouche. La gêne qui résultait de ce fait était même une des raisons qui poussait la malade à demander la fermeture de sa fistule.

M. Berger. La question que j'ai posée à M. Quénu a la portée que voici: Nous savons tous qu'en général, lorsque l'on a ouvert les collections suppurées, dites du sinus, la difficulté n'est pas d'obtenir l'occlusion de l'orifice, mais bien au contraire de maintenir sa béance; il ne se ferme ordinairement que trop vite et malgré tous nos efforts. Je me demande donc si dans le cas de M. Quénu l'obstruction ne se serait pas faite d'elle-même.

M. Quénu. Cela est tout à fait inadmissible. L'ouverture datait du commencement d'octobre; à la fin du mois de décembre, elle persistait dans le même état, du diamètre d'un crayon ordinaire.

Pour ce qui est des fermetures spontanées dont nous parle M. Berger, elles ne sont pas aussi fréquentes qu'il le dit.

Ne lit-on pas d'ailleurs dans tous les traités de pathologie un chapitre consacré aux *fistules du sinus maxillaire*. Elles sont donc bien réelles. Et cela se comprend. Les bords de l'orifice sont recouverts par une muqueuse, par la muqueuse gingivale se continuant en ce point avec celle du sinus; de plus ces mêmes bords

sont constitués par un squelette osseux ; ils sont, par conséquent, rigides et n'ont aucune tendance à se rapprocher ; conditions excellentes pour la permanence de l'ouverture.

Je présenterai du reste, à une prochaine séance, à la Société un malade atteint d'hydropisie du sinus avec fistule persistant depuis plus d'un an.

M. Terrier. Il me semble que M. Quénu et M. Berger discutent sur deux choses absolument distinctes.

M. Quénu nous dit : Je me suis trouvé en présence d'une *hydropisie* du sinus maxillaire ; je l'ai traitée de telle et telle façon ; il en est resté une fistule ; j'ai pratiqué une autoplastie, ma malade a guéri. Voilà une série de faits affirmés par notre collègue. Ce sont des faits d'observation contre lesquels il n'y a rien à dire.

M. Berger, lui, a en vue non les hydropisies, mais les *abcès* de la cavité maxillaire. Pour ceux-ci, il a bien raison de soutenir que les fistules ont une singulière tendance à se fermer d'elles-mêmes.

J'en ai eu personnellement la preuve dans d'assez tristes circonstances.

J'étais appelé l'an dernier par mon élève et ami le docteur Valtat pour donner mon avis sur un cas d'abcès du sinus d'origine dentaire survenu chez une jeune femme. Ue trajet fistuleux s'était formé, que l'on maintenait ouvert à grand'peine, pour pratiquer dans la cavité des irrigations nécessaires. Notre malade s'en fut, aux vacances, en Alsace ; là, il est probable qu'elle ne veilla pas avec assez de soin à s'opposer à la fermeture de sa fistule. Celle-ci s'oblitéra, des accidents graves survinrent ; et cette malheureuse femme succomba rapidement à une septicémie aiguë.

Je me suis reproché de n'avoir pas conseillé, lorsque j'ai été consulté, l'établissement d'une brèche suffisante pour s'opposer à une fermeture spontanée de l'orifice.

Je ferai encore une remarque à M. Quénu. Il est dans son observation un détail assez étrange. Il nous a dit qu'il s'établissait un véritable courant d'air entre la bouche et les fosses nasales à travers la fistule. Cela suppose une large communication entre le sinus malade et le nez. Comment alors l'hydropisie du sinus avait-elle bien pu se produire ? Comment, en d'autres termes, se fait-il que du liquide ait pu s'accumuler dans le sinus si l'ouverture de ce dernier dans les fosses nasales était largement ouverte ?

M. Quénu. La remarque que vient de faire M. Terrier me donne l'occasion de revenir sur un point de mon observation sur lequel je suis bien aise d'attirer l'attention de la Société. J'ai été fort surpris, lorsque j'opérais ma malade, que j'avais placée la tête pendante, comme il est de règle en pareil cas, de constater, dès le

premier coup de perforateur porté sur la paroi inférieure de la cavité, que presque aussitôt du sang s'écoulait par les fosses nasales. Je ne me suis pas expliqué, je ne m'explique pas encore bien cette circonstance. Peut-être faut-il admettre que des deux orifices qui mettent le sinus en rapport avec les fosses nasales, le principal, celui du méat moyen, était seul obstrué, tandis que le supérieur était libre, de sorte que la communication existait, mais était assez imparfaite pour permettre la production de l'hydropisie.

M. Berger. Il est difficile de fonder une théorie pathogénique sur un fait pathologique, quelque soin que l'on apporte à l'observation de ce dernier. Dans l'espèce, j'estime qu'il est impossible de constater au cours d'une opération si la cavité qui existe dans l'épaisseur d'un maxillaire siège réellement dans le sinus lui-même.

Je rappelle que j'ai présenté ici même une pièce que j'avais considérée comme étant un exemple de collection purulente contenue dans la cavité du sinus. Ce ne fut qu'après une recherche attentive, faite avec le concours de M. Magitot, que je parvins à reconnaître que l'abcès siégeait en réalité dans l'épaisseur de l'os, qu'il avait pris la place du sinus, en refoulant la paroi de ce dernier, et en effaçant sa cavité.

M. Quénu peut donc, s'il le veut, persister à croire qu'il avait affaire à une hydropisie du sinus, mais il ne peut le prouver.

M. Terrier. Il est en effet très probable que le kyste observé par M. Quénu siégeait en dehors du sinus, puisque telle est la règle. Mais en l'ouvrant il a du même coup pénétré dans la cavité du sinus ; il a mis ainsi en communication par l'intermédiaire du sinus l'ouverture faite par lui au bord alvéolaire avec les fosses nasales. On s'explique ainsi qu'il y ait eu immédiatement un écoulement sanguin par le nez, et que l'air ait pu ultérieurement passer de la bouche dans les fosses nasales à travers l'orifice fistuleux.

M. Quénu. Je me rallie volontiers à la manière de voir de M. Terrier. La discussion a du reste singulièrement devié. Nous en sommes à traiter un point d'anatomie pathologique, intéressant sans doute, mais que je n'avais nullement en vue. J'ai seulement voulu attirer l'attention sur un procédé de traitement des fistules incurables du sinus maxillaire, qui existent, quoi qu'on dise.

M. Berger. Cette déviation de la discussion a été, de ma part du moins, absolument volontaire.

Il importait en effet de faire remarquer, précisément au point de vue du traitement, qu'il existe une différence considérable entre les kystes du maxillaire supérieur et les collections contenues

dans la cavité du sinus. Après avoir été ouvertes, les premières guérissent toujours spontanément, les secondes jamais.

3° *Greffe épidermique à grands lambeaux.*

M. Monod présente un malade atteint d'une plaie étendue de la cuisse, sur lequel il a pratiqué une greffe épidermique à grands lambeaux d'après le procédé de Thiersch.

C'est à la suite d'un voyage récent à Bâle, où il a vu ce procédé employé avec succès par Socin, que M. Monod a eu l'idée de le mettre à l'épreuve.

Il doit être exécuté de la façon suivante.

On aura tout d'abord soin d'attendre, pour agir, le moment où la plaie, complètement détergée, se sera couverte d'une bonne couche de bourgeons charnus, ne fournissant plus de pus, mais seulement la sécrétion plastique qui leur est propre. Toute la région aura été mise en état d'asepsie absolue à l'aide de pansements appropriés. Le reste de l'opération sera d'ailleurs conduit suivant les règles habituelles de l'antisepsie.

Le jour choisi pour opérer, la couche de bourgeons charnus sera détruite dans toute son épaisseur à l'aide d'une curette tranchante. On obtient ainsi une surface saignante mais absolument lisse sur laquelle la greffe sera appliquée.

C'est là un premier point qui marque l'originalité du procédé.

Le second consiste dans l'étendue que Thiersch et Socin donnent à leurs greffes. Toute la plaie doit être, du même coup et dans la même séance, recouverte de lambeaux épidermiques, auxquels on donne, à cet effet, la plus grande étendue possible.

Pour les détacher, Socin se sert d'un rasoir bien affilé. M. Monod a utilisé le large rasoir, à surface plane d'un côté, des histologistes.

Saisissant de la main gauche la demi-circonférence postérieure du membre auquel la greffe doit être empruntée (la cuisse de préférence), de façon à bien tendre la peau de la face antérieure, le chirurgien enlève à l'aide du rasoir, auquel il imprime des petits mouvements de latéralité, un lambeau épidermique aussi mince, aussi large et aussi long que possible.

La surface à greffer aura été pendant ce temps comprimée avec des éponges maintenues assez longtemps pour que l'écoulement sanguin notable qui suit l'ablation des bourgeons charnus soit sinon complètement suspendu, du moins sensiblement diminué.

Le lambeau épidermique est alors transporté du rasoir sur la plaie; il y est étalé à l'aide de deux aiguilles à cataracte, de façon à éviter tout plissement et tout recroquevillement des bords.

Avec une éponge douce, on achève d'appliquer exactement la greffe sur la plaie, on exprime aussi, de la sorte, le sang qui a pu s'insinuer sous sa face profonde.

La même manœuvre, ablation de la greffe, transport et étalement sur la plaie, sera répétée le nombre de fois qu'il sera nécessaire, pour que toute la perte de substance soit recouverte d'une véritable mosaïque de lambeaux épidermiques.

Le pansement sera fait avec une mince feuille de papier d'étain, préalablement désinfectée, directement appliquée sur le champ opératoire, recouverte elle-même d'un pansement antiseptique, gaze iodoformée ou gaze sublimée, le tout maintenu avec de la ouate et une bande.

Un pansement antiseptique quelconque recouvre la surface saignante du membre où les greffes ont été prises.

Le pansement de la plaie greffée ne sera renouvelé que le quatrième ou cinquième jour. A ce moment les lambeaux rapportés ont déjà pris solidement adhérence.

Socin a appliqué ce procédé non seulement aux pertes de substance comprenant une partie de l'épaisseur de la peau, mais aussi à celles qui intéressent les tissus sous-cutanés et les muscles. Dans un des cas que M. Monod a vu opérer à Bâle, la couche de bourgeons charnus enlevée reposait sur les muscles du bras ; ce fut sur ceux-ci directement que Socin appliqua ses lambeaux épidermiques.

Discussion.

M. Pozzi. Je présenterai quelques remarques à propos du cas si intéressant que vient de nous montrer M. Monod.

J'ai pu constater dans le service de Thiersch, à Leipsick, l'efficacité de son procédé dans des cas de pertes de substance très étendues. Il m'a montré notamment un ulcère de jambe presque circulaire — qui aurait pu paraître légitimer l'amputation — où un tégument nouveau avait été greffé en une séance et avait *pris*, sauf en un point limité. Un autre malade des plus remarquables avait une énorme cavité bourgeonnante consécutive à une *nécrotomie* (ablation d'un séquestre) de la partie supérieure du tibia. Thiersch l'avait complètement tapissée de lanières cutanées qui formaient un revêtement complet, adhérent à la surface de l'os. J'ai moi-même, depuis, mis en usage ce procédé dans trois cas : 1° perte de substance de l'étendue d'une pièce de deux francs au niveau de l'arcade sourcilière chez une jeune fille ; menace d'ectropion par la rétraction consécutive à la guérison par granulation. J'enlevai à la face interne du bras un fragment de peau un peu supérieur à la dimension de la perte de substance ; je l'appliquai sur la surface

de la plaie préalablement grattée à la curette tranchante : réussite complète, avec simple exfoliation de l'épiderme; 2° moignon conique ulcéré chez une syphilitique; la greffe prise à la cuisse adhère bien d'abord, mais se détruit peu à peu par nécrose moléculaire et, pour ainsi dire, insensible ; 3° énorme ulcère de jambe chez une vieille femme de 78 ans; échec presque complet. Dans ces deux derniers cas, la diathèse syphilitique et la cachexie sénile constituaient de si mauvaises conditions que la méthode ne peut être incriminée. Pour toutes les opérations plastiques, l'excellent état général du sujet est une des principales conditions du succès.

Je ferai maintenant certaines observations sur la physiologie pathologique et sur la technique.

Thiersch a été amené à son procédé par l'étude microscopique des greffes épidermiques faites, d'après le procédé de Reverdin, sur les bourgeons charnus d'une plaie. Il a vu que ces bourgeons charnus persistaient sous la greffe après la cicatrisation complète, et que c'était à cette persistance d'un tissu embryonnaire et à basse nutrition qu'il fallait attribuer la caducité des greffes de Reverdin. De là l'idée lui vint de détruire la surface bourgeonnante et de greffer sur les tissus avivés par le grattage. Thiersch a observé, en outre, que les antiseptiques qui sont des coagulants compromettaient la vitalité des minces lanières dermo-épidermiques. Il est donc exactement *aseptique*, mais ne se sert que d'eau salée (à 6 pour mille) pour le pansement. Il recouvre d'abord les greffes de bandelettes d'un *protective* non phéniqué, place par-dessus de l'ouate imbibée d'eau salée — puis un tissu imperméable — et lève le pansement au bout de huit jours.

Dans les greffes que j'ai pratiquées, j'ai enlevé jusqu'à des lanières larges comme le doigt, et d'une longueur de 10 à 12 centimètres, avec un grand bistouri convexe, bien affilé. J'ai ensuite réuni les plaies ainsi faites par un *surjet* de catgut. Cette réunion n'est possible, bien entendu, que si l'on a une surface cruentée, circonscrite par des bords très nets, et elle serait difficile, sinon impossible, après l'ablation des lanières par abrasion au rasoir, à moins de régulariser ensuite les petites plaies faites avec cet instrument. J'ai toujours obtenu la réunion primitive avec une cicatrice linéaire, ce qui me paraît offrir un réel avantage.

M. Monod. M. Socin me disait à Bâle qu'il croyait bien que son procédé n'était pas exactement semblable à celui de Thiersch. Les remarques que vient de faire M. Pozzi me montrent qu'il avait raison.

Tout d'abord, Socin n'a pas renoncé à recouvrir la plaie greffée

du pansement antiseptique dont il fait habituellement usage. Ensuite, et surtout, le lambeau épidermique de Socin, et celui que je prends à son exemple, est infiniment plus mince que celui de M. Thiersch et de M. Pozzi. Il est tellement mince qu'on ne pourrait songer un instant à réunir par une suture les surfaces saignantes que l'on a ainsi créées. On ne traite pas une écorchure par la suture ; or, à vrai dire, la plaie que nous faisons, Socin et moi, n'est qu'une large écorchure de la peau.

Sous ce rapport, notre procédé se rapproche de celui de Reverdin.

Pour moi, au reste, comme pour M. Pozzi, le point capital de l'opération de Thiersch est l'ablation totale des bourgeons charnus, et l'application de la greffe sur une surface unie et saignante. Notre collègue a fort bien montré les raisons qui ont conduit Thiersch à cette pratique que je considère comme essentielle.

Lecture.

M. Routier lit un travail intitulé : *Fistules et kystes de la région coccygienne. Extirpation. Guérison.* (M. Delens, rapporteur.)

Présentation d'instrument.

M. le Dr Quénu présente, au nom du Dr Trousseau, un instrument auquel l'auteur a donné le nom de *dilatateur lacrymal à manche.*

Cet outil, grâce à son manche et à la courbure spéciale de sa pointe, est d'un maniement facile et pénètre aisément dans les points lacrymaux les plus rétrécis sans produire d'érosions.

Par sa seule introduction, il suffit pour guérir les obstructions siégeant dans les points et les canalicules.

Son calibre, progressivement croissant, lui permet de dilater assez les points lacrymaux pour permettre l'introduction d'une sonde nos 1 à 4, et il évite ainsi l'emploi du couteau de Weber, souvent funeste pour les voies lacrymales qui doivent être respectées dans leur intégrité, quand faire se peut.

La séance est levée à 5 heures 25 minutes.

Le Secrétaire,

Ch. Monod.

Séance du 4 avril 1888.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre du Président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de la Corrèze, informant la Société de chirurgie, qu'une souscription est ouverte pour élever un monument au baron L. Boyer, à Uzerche (Corrèze), sa ville natale, et la priant de vouloir bien y prendre part ;

3° Une lettre du Secrétaire de la Société française d'otologie et de laryngologie, informant que sa session générale se tiendra le jeudi 26 avril, au Palais dit : des *Sociétés savantes*.

A propos du procès-verbal.

Abcès et fistules du sinus maxillaire.

M. Després. Je viens d'entendre, en écoutant la lecture du procès-verbal, que M. Quénu vous a présenté, à la dernière séance, une malade, qu'il avait guérie d'une fistule du sinus maxillaire ouverte dans la bouche.

Notre collègue me permettra de lui dire qu'à mon sens ce n'est pas là une bonne opération.

A l'appui de l'opinion que j'exprime ici, je puis vous citer l'histoire d'un homme [1], atteint de la même infirmité que la malade de M. Quénu, qui fut opéré par Demarquay, à l'aide d'un procédé d'autoplastie fort ingénieux.

Le malade guérit et, peu de temps après, se maria.

[1] Cette observation est publiée *in extenso* dans la thèse du Dr Bousquet : *Abcès du sinus maxillaire*, Paris 1876.

Mais le malheur fut que les liquides, qui jusqu'alors s'étaient écoulés dans la bouche, furent désormais retenus dans la cavité du sinus, et comme ils étaient d'autre part, par les fosses nasales, en communication avec l'air, ils s'altéraient et devenaient fétides. Notre homme fut ainsi atteint d'une punaisie insupportable pour tout son entourage, pour sa femme en particulier, qui vint me supplier de délivrer son mari de cette infirmité nouvelle.

Il me suffit, pour y réussir, de rétablir, par perforation du fond de l'alvéole, l'orifice obturé par Demarquay.

Mais, comme l'a très bien dit un de nos collègues, cet orifice avait une tendance invincible à se fermer de lui-même. Je dus, pour le maintenir ouvert, avoir recours à un artifice bien simple. Je pris un stylet d'argent, que j'enfonçai dans la fistule à une profondeur de 1 centimètre et demi environ, je le recourbai à son autre extrémité, de façon à embrasser en crochet une dent voisine et à le maintenir ainsi en place.

Tous les matins, le malade enlevait ce petit appareil, comme on enlève un dentier, faisait pénétrer de l'eau dans son sinus et lavait exactement la cavité. Il n'y eut plus, dès lors, de punaisie, ni de trouble dans le ménage.

J'ajoute que mon intervention date de onze ans, que mon malade porte toujours son petit appareil, et que le bon résultat obtenu se maintient.

J'ai, depuis, observé un autre cas semblable. Ici, encore, la fistule tendait à se fermer. Pour m'y opposer, j'ai fait construire par M. Collin un appareil semblable à celui que j'avais improvisé, qui a eu le même bon effet.

Tout ceci pour établir qu'il y a des abcès de sinus, de la cavité de sinus, qui ne sont pas des hydropisies, mais de véritables collections purulentes, se vidant mal par les fosses nasales ; qu'il faut de toute nécessité, pour éviter les inconvénients de la rétention du pus, maintenir ouverte une communication entre le sinus et la bouche, et que pour cela on ne saurait mieux faire que d'avoir recours au petit appareil que j'ai employé.

M. Quénu. Comme l'a dit M. Terrier, nous envisageons les uns et les autres, dans cette discussion, des faits très différents.

M. Després, comme M. Berger, parle d'*abcès* du sinus. Il est clair qu'il serait puéril en pareil cas de vouloir fermer l'orifice qui permet au pus de s'échapper par la bouche.

Mais telle n'était pas la situation chez ma malade. Il s'agissait chez elle d'une cavité qui ne fournissait aucune sécrétion quelconque ; il n'y avait donc aucun inconvénient et tout avantage à fermer l'ouverture qui la mettait en communication avec la bouche.

Mais il y a évidemment, avant de prendre ce parti, deux points à vérifier : 1° que la fermeture spontanée est impossible, qu'il s'agit bien de ces fistules *ostiales*, comme les a si bien nommées M. Verneuil, qui restent toujours béantes; 2° que la cavité ne fournit aucune sécrétion.

Chez ma malade, j'ai attendu quatre mois, avant de me décider à opérer, précisément pour m'assurer qu'il ne s'écoulait absolument rien par l'orifice. D'ailleurs, elle a guéri et reste guérie; elle n'a offert aucun des accidents consécutifs, qu'a présentés la malade de MM. Demarquay et Després.

Je n'ai pas besoin d'insister pour montrer combien ce dernier cas diffère du mien.

M. Després. Le malade dont j'ai parlé avait eu, il est vrai, trois ans auparavant, du pus dans son sinus et de l'ozène. Mais quand il fut opéré par Demarquay il ne suppurait plus; l'ouverture buccale ne laissait plus rien passer, absolument rien. Si cet homme demandait à être opéré, c'était seulement en raison de la gêne que lui causait le passage de l'air de la bouche dans le nez, toutes les fois qu'il parlait.

Ce ne fut qu'un an après l'opération faite par Demarquay qu'il vint me trouver pour me demander de le débarrasser de son ozène. Je demande à M. Quénu de nous présenter de nouveau son malade dans un an.

M. Quénu. Je me contente de faire remarquer à M. Després qu'il vient de nous dire que son malade avait eu de l'ozène avant l'intervention de Demarquay ; il en avait eu avant, rien d'étonnant à ce qu'il en ait eu après.

M. Després. J'ai dit qu'il avait eu de l'ozène trois ans auparavant, mais il n'en avait absolument plus au moment où il fut opéré.

Rapport.

Plaie du larynx. Mort rapide, par le Dr Du Cazal, médecin principal de l'armée,

Rapport par M. Chauvel.

Le 20 novembre 1887, entre dans le service de notre collègue, à l'hôpital de Clermont-Ferrand, un maréchal des logis d'artillerie, âgé de 25 ans, qui, en pleine santé, avait été pris subitement, la nuit précédente, d'une vive douleur à la gorge, avec accès de suf-

focation. L'accès, plus violent encore, venait de se répéter le matin; il s'était déjà calmé quand B... arriva à l'hôpital. Il se plaignait d'étouffements et d'une douleur très vive du côté droit du cou, exagérée par la pression et par l'émission des sons. La figure était colorée, le pouls fort et régulier; ni l'examen du pharynx, ni l'auscultation ne révélaient de lésions. On prescrit un vomitif et un gargarisme émollient, la laryngoscopie n'est pas pratiquée.

A 3 heures du soir, B... est assis sur son lit, la respiration assez facile, la face modérément anxieuse; il se plaint toujours de la douleur du cou, mais trouve qu'il respire mieux; il ne parle qu'à voix basse. Quelques minutes après, il meurt dans un accès de suffocation.

Autopsie : Le larynx dégagé est incisé sur place, en avant, avec précaution. En écartant les deux valves du thyroïde, on aperçoit du côté droit, sous la corde vocale inférieure, une petite plaie irrégulière, d'environ 7 à 8 millimètres de longueur, dirigée de haut en bas et d'avant en arrière, faisant, par conséquent, un angle aigu avec le ruban vocal sous la face profonde duquel elle est creusée. Cette plaie, comme le montre bien le dessin joint à l'observation, présente un fond rouge, non ulcéré, elle est évidemment récente. Au niveau et au-dessus des cordes vocales, la muqueuse laryngée est si fortement œdématiée que la glotte devait être presque obstruée ; les ventricules sont effacés. Cet œdème s'étend jusqu'au pharynx, surtout du côté *gauche*.

Notre collègue fait suivre son observation des réflexions suivantes. Par quoi a pu être causée cette plaie? L'hypothèse la plus vraisemblable est qu'ayant passé la soirée du samedi au café, il a dû s'introduire dans le larynx un corps étranger, vraisemblablement un petit morceau de verre, et que ce corps, violemment chassé par un effort de toux convulsive, est venu frapper la partie saillante de la corde vocale droite qu'il a déchirée, en passant, avant d'être rejeté au dehors. Mais aucun renseignement, pris auprès des camarades du blessé, ne vient confirmer cette origine.

Un seul moyen, ajoute M. Du Cazal, eût pu sauver ce malade, la trachéotomie. Mais qu'on veuille bien remarquer qu'à aucun moment ne s'est posée l'indication de cette opération puisque, si la douleur du cou n'a cessé d'augmenter depuis le début des accidents jusqu'à la mort, en revanche la respiration était devenue de plus en plus libre depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à l'accès qui l'a tué. Le dernier accès a même amené la mort si rapidement que je ne crois pas que le malade ait succombé simplement à l'asphyxie, mais bien plutôt à une syncope réflexe due à la douleur causée par la plaie et l'inflammation du larynx.

Nous ne discuterons pas l'hypothèse émise par notre distingué correspondant au sujet de l'origine de la plaie intéressant la face sous-glottique de la corde vocale inférieure. Il nous paraît cependant bien difficile d'admettre que cette lésion ait été produite par le mécanisme qu'il invoque. D'abord, un corps étranger rugueux, coupant, avalé avec un liquide, ne pénètre pas dans la trachée, ne traverse pas le larynx tout entier sans produire de troubles, sans que le patient en ait conscience. Or, chez le maréchal des logis B..., il n'est question d'aucun accident dans la soirée, le premier accès de suffocation a lieu dans la nuit, en plein sommeil. D'un autre côté, si forte que soit une quinte de toux, l'impulsion de l'air est-elle assez violente pour qu'un mince éclat de verre projeté contre la corde vocale la déchire sur une longueur de 7 à 8 millimètres? Il nous est difficile de l'admettre. Enfin, une telle plaie eût donné du sang; ce sang tombé dans la trachée eût été expulsé dans les mucosités bronchiques. Or, il n'est pas question d'hémoptysie, de crachats sanguinolents, pendant ni après les accès de suffocation. Il nous est impossible d'expliquer ni l'origine, ni la nature de cette plaie, force nous est de la constater simplement.

En tout cas, le malade n'est pas mort de la plaie elle-même; il est mort de l'œdème glottique et sus-glottique, conséquence de la blessure, s'il n'était indépendant d'elle, ce qui n'est pas inadmissible. Comme le dit notre collègue, la trachéotomie seule pouvait le sauver, et l'indication de l'opération ne s'est pas nettement présentée. Sur ce point encore, et sans vouloir condamner en rien la conduite de M. le Dr Du Cazal, nous devons regretter que cet estimable confrère, très expert en la matière, n'ait pas eu recours au laryngoscope. Il n'est pas question dans son observation de l'état de la voix, des troubles de la phonation présentés par le malade. Cependant l'œdème laryngé devait presque fatalement en déterminer. En tout cas, l'examen direct du larynx, s'il était possible, eût montré le siège exact des lésions, et, par leur étendue, leur gravité certaine, conduit le chirurgien à pratiquer la trachéotomie, ou du moins à en discuter l'opportunité et à la préparer.

Dans toutes les affections du larynx, avec accès de suffocation menaçants, dans les lésions traumatiques, j'ai déjà vu plusieurs fois la mort presque subite tromper les espérances du chirurgien; je crois qu'il ne faut pas temporiser. Semblable accident m'est arrivé en Algérie chez un malade atteint de syphilis laryngée. En bon Arabe qui ne veut pas d'opération sanglante, celui-ci avait absolument refusé la trachéotomie, et malgré mes craintes j'avais dû me contenter de tout préparer pour une action rapide et de faire surveiller mon homme. J'espérais, quand viendrait l'asphyxie complète, profiter de son inconscience pour le sauver malgré lui. Je n'en

eus pas le temps. Ici, comme chez le malade de M. Du Cazal, la mort fut si rapide que, malgré toute ma hâte, je ne trouvai plus qu'un cadavre.

Messieurs, je vous propose d'adresser des remerciements à notre confrère et de déposer honorablement son travail dans nos archives.

Discussion.

M. Després. Je croirais volontiers que, dans le cas dont M. Chauvel vient de nous entretenir, les accidents observés s'expliqueraient mieux par l'hypothèse d'un abcès du larynx, situé au-dessus de la glotte, que par une plaie. On comprend mieux ainsi l'œdème constaté.

M. Chauvel. La mort a été subite, presque foudroyante, douze heures après l'apparition des premiers accidents ; un abcès ne peut se former aussi vite. Je ne crois guère du reste non plus à l'existence d'une plaie survenue pendant la vie; je me demande si celle qui a été trouvée n'a pas été faite pendant l'autopsie. Le malade n'avait, en effet, pendant la vie craché ni pus, ni sang; il n'avait pas avalé de corps étranger et je ne comprends pas ce qui aurait pu produire pareille lésion.

M. Després. Il a toujours été d'usage à la Société de chirurgie de ne pas laisser passer les faits qui nous sont soumis sans admettre pour eux quelque explication plausible; ou bien nous acceptons celle de l'auteur de l'observation, ou bien la Société en formule une autre qu'elle juge meilleure.

Dans le cas présent, je cherche une explication au fait curieux qui nous est rapporté.

L'auteur croit à l'existence d'une plaie, c'est une première hypothèse.

M. Chauvel croit que cette plaie n'est qu'un accident d'autopsie, c'est une seconde hypothèse.

Pour ma part, j'objecte qu'il y a eu de l'œdème, que cet œdème doit être rattaché à quelque chose. Pourquoi ne pas admettre qu'il y avait eu un abcès, un petit abcès gros comme un furoncle ou un bouton d'acné ? Ne sait-on pas, par l'histoire des abcès rétro-pharyngiens, que la mort survient parfois subitement; au moment de l'ouverture de la collection, le pus pénètre dans le larynx et amène un accès de suffocation mortel?

Le lecteur choisira entre ces trois hypothèses celle qui lui paraîtra la mieux fondée.

M. Chauvel. Je demande à insister sur l'absence complète de

tout signe prémonitoire, pouvant faire songer à une inflammation qui aurait abouti à la formation d'un abcès.

Je rappelle d'autre part qu'à l'autopsie on n'a trouvé aucune trace de collection purulente, si petite qu'elle soit.

Communication.

Sur le traitement chirurgical des plaies pénétrantes de l'abdomen.

Par M. Paul Berger.

La discussion qui s'est ouverte l'année dernière dans cette enceinte, et qui s'est continuée tout récemment au sein du Congrès de chirurgie, sur le traitement des plaies par coups de feu de l'abdomen intéressant l'intestin, a eu pour résultat principal de poser nettement la question de l'intervention chirurgicale immédiate par la laparotomie dans les cas de ce genre.

En l'absence d'accidents révélant l'existence d'un épanchement de matières intestinales dans le ventre, ou celle d'une hémorrhagie intra-péritonéale, faut-il agir sans retard, en se fondant uniquement sur l'existence d'une plaie pénétrante intéressant vraisemblablement le tube digestif? Tel est le point de pratique sur lequel les avis paraissent actuellement partagés. Certains chirurgiens, frappés surtout des résultats peu encourageants de l'expectation fournis par les statistiques de guerre, se montrent les partisans de l'opération immédiate ; les autres s'appuient sur la possibilité de la guérison spontanée des petites plaies de l'intestin pour repousser une intervention, suivant eux, trop hâtive lorsqu'elle devance l'apparition des accidents. Au nombre de ceux de nos collègues qui ont défendu avec conviction la dernière de ces opinions, je dois citer M. Reclus, dont les expériences personnelles sont venues confirmer des faits d'une observation plus ancienne, faits dans lesquels on avait pu constater que de petites plaies de l'intestin pouvaient être obturées par un bouchon muqueux, grâce auquel l'issue des matières intestinales dans la cavité péritonéale était prévenue, ou tout au moins retardée.

Les arguments, les faits eux-mêmes énoncés par M. Reclus n'en ont pas moins soulevé des controverses assez vives ; le mécanisme de l'obturation spontanée de la plaie intestinale, tel qu'il en avait indiqué la possibilité, ne fut pas accueilli sans réserves.

Sans exagérer l'importance que la constatation de ce point peut avoir pour la solution du problème chirurgical qui vous a été soumis, je crois qu'il est utile de recueillir avec soin les faits qui

peuvent servir à en établir l'exactitude. En voici un tout récent que, par une coïncidence singulière, il m'était donné d'observer presque au moment même où M. Reclus développait au Congrès sa manière de voir et vous faisait part de ses expériences. Il ne s'agit pas, il est vrai, d'une plaie par coup de feu, mais d'une blessure par un coup de couteau à lame étroite et longue ; mais les dimensions de la blessure et la manière dont se sont comportées les plaies intestinales permettent d'assimiler presque complètement ces dernières à celles qui auraient été faites par un projectile de petit calibre, tel qu'une balle de revolver de 7 à 9 millimètres.

Plaie par coup de couteau de l'abdomen ayant traversé l'estomac, l'intestin, le mésocôlon et le mésentère, et ayant déterminé une hémorrhagie intrapéritonéale considérable sans épanchement de matières ni de gaz. Laparotomie. Mort.

Le 14 mars 1888, au moment où j'achevais une résection du coude, vers 10 h. 30 m. du matin, je fus averti qu'une femme atteinte d'un coup de couteau à la région ombilicale était entrée dans la nuit à la salle Sainte-Jeanne.

Je trouvai la femme Simond, froide, décolorée, sans pouls, presque sans connaissance ; se plaignant néanmoins de douleurs atroces dans le ventre, demandant à être soulagée et ayant un hoquet incessant sans vomissements. Depuis son admission, elle n'avait pas rendu d'urines.

Le ventre était dur et tendu ; il présentait une matité irrégulière, alternant par places avec la sonorité intestinale. Près de l'ombilic, un peu au-dessus et à gauche, existait une perforation d'un centimètre de diamètre, au-dessous de laquelle les téguments étaient soulevés par un thrombus, mais par laquelle ni viscère, ni liquide n'avaient fait issue.

Le coup avait été reçu vers 10 heures du soir.

Après avoir pris l'avis de mes collègues, MM. Perier et Peyrot, je procédai aussitôt avec leur assistance à l'opération suivante :

La malade ayant été endormie, le ventre étant soigneusement nettoyé et toutes les précautions antiseptiques étant observées, une incision fut pratiquée sur la ligne médiane : commençant au-dessus de l'ombilic, elle le divisait et gagnait la région sous-ombilicale. Nous trouvâmes l'épiploon engagé dans la profondeur de la plaie ; en le suivant, le doigt pénétra dans l'abdomen et toute l'épaisseur de la paroi fut incisée avec des ciseaux. Un flot de sang noir sortit aussitôt du ventre ; l'incision fut agrandie par en bas, et comme une véritable hémorrhagie paraissait se continuer, on sortit rapidement une partie de la masse intestinale, pour comprimer aussitôt le point d'où paraissait sortir le sang ; c'était une large perforation située à l'extrémité inférieure de l'insertion mésentérique et au niveau de laquelle de gros vaisseaux semblaient avoir été intéressés. Un énorme thrombus remplissait

d'ailleurs sur une grande étendue l'intervalle des lames séreuses du mésentère, au niveau de leur insertion sur la colonne vertébrale. Une double ligature au catgut fut portée sur la perforation du mésentère. La quantité de sang, ou tout au moins de liquide sanguinolent épanché dans l'abdomen qui s'était écoulé à l'ouverture du ventre, était environ d'un litre et demi à deux litres.

Nous procédâmes alors à l'inspection rapide des viscères abdominaux ; l'estomac était hors de vue ; le côlon transverse, le grand épiploon étaient indemnes, mais sur une des premières anses d'intestin grêle, anse large et pleine de matières d'ailleurs, nous découvrîmes deux plaies situées sur les faces opposées de cette anse, en des points exactement correspondants, indiquant ainsi que cette anse intestinale avait été traversée de part en part. Ces perforations avaient une forme arrondie, elles mesuraient 8 millimètres de diamètre environ, et leur lumière était exactement obturée par la membrane muqueuse, de telle sorte, qu'au premier abord, on aurait pu croire à l'existence de plaies superficielles. Du reste, autour d'elles, il n'y avait aucune trace de matières intestinales souillant le péritoine ; j'ai omis de dire que le liquide épanché dans le ventre n'avait aucune odeur spéciale et qu'il n'était pas mélangé à des gaz. Il est donc certain que l'obturation spontanée des plaies en question était complète.

Nous trouvâmes plus bas trois perforations intéressant le mésentère : la première, sur l'anse immédiatement sous-jacente à la précédente, perforait le mésentère tout près de son insertion, sur le bord concave de l'intestin lui-même ; les deux autres, situées sur des points de l'éventail mésentérique de plus en plus éloignés de l'insertion intestinale, fournissaient une abondante hémorrhagie. Enfin, au niveau des attaches du mésentère même, sur la colonne vertébrale, une longue déchirure déterminée par la pointe du couteau se terminait à l'endroit où la première ligature avait été jetée sur les gros vaisseaux mésentériques divisés. Il existait, comme je l'ai dit, une infiltration sanguine de tout le mésentère ; cette infiltration se transformait vers l'insertion du mésentère en un énorme thrombus, qui s'étendait de l'angle sacro-vertébral jusqu'à la région iliaque droite, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Une lésion très singulière que nous pûmes constater était constituée par l'effusion et la coagulation, entre les deux lames du mésentère, d'une notable quantité de chyle : ce coagulum avait une coloration d'un jaune grisâtre qui nous le fit prendre d'abord pour une infiltration de matières intestinales ; mais, en déchirant superficiellement la séreuse en un point où il n'y avait pas de vaisseaux, nous pûmes constater que la substance coagulée avait une coloration laiteuse, qu'elle ne présentait pas d'odeur : il était manifeste qu'elle était constituée par du chyle. D'ailleurs, le tube digestif était en pleine digestion et tout l'intestin était recouvert de riches arborisations des vaisseaux chylifères, tranchant par leur couleur laiteuse sur le fond rosé de la paroi intestinale.

Les perforations de l'intestin furent fermées par quelques points de suture de Lembert, au fil de soie fin. — Celles du mésentère furent

fermées par des ligatures serrées, passées de part en part au travers du mésentère; les vaisseaux qui donnaient furent liés; il fallut renouveler la ligature au catgut portée sur les vaisseaux mésentériques volumineux, qui avaient été la source principale de l'hémorrhagie. Une suture en surjet fut placée sur la longue déchirure de l'insertion mésentérique. Puis la cavité abdominale, ayant été débarrassée avec tout le soin possible des caillots et du sang qu'elle renfermait encore, fut refermée par la suture au crin de Florence de l'incision de la paroi.

La malade était toujours froide et sans pouls. Ainsi qu'il fallait s'y attendre, elle succomba dans le collapsus vers la fin de l'après-midi.

L'*autopsie* fut pratiquée à la Morgue, le 19 mars, à deux heures après midi, par M. le Dr Vibert et par moi; en voici le résultat : le cadavre est en parfait état de conservation. La paroi abdominale relevée en tablier, présente à sa face profonde une adhésion parfaite de la séreuse au niveau des sutures. L'épiploon recouvre les anses intestinales. Il s'écoule du ventre et on peut recueillir en tout 100 grammes de liquide sanguinolent et trouble.

Au-dessous de l'épiploon, l'intestin offre les lésions d'une péritonite au début. Les anses intestinales sont vivement injectées, leur surface est dépolie et présente des adhérences glutineuses par places.

M. Vibert me fait tout d'abord observer l'existence d'une plaie de la région pylorique de l'estomac, plaie qui m'avait échappé pendant l'opération. Cette plaie, large de plus d'un centimètre, siège vers la grande courbure; elle se dissimule au-dessous de la vésicule biliaire sous laquelle la région pylorique de l'estomac est cachée. Au premier abord, elle ne paraît intéresser que la séreuse et une partie de la musculeuse et la tunique muqueuse de l'estomac occupe toute sa surface profonde; mais, en examinant avec plus d'attention, on constate que la muqueuse elle-même est intéressée, mais que, le parallélisme entre la perforation qui la traverse et celle des tuniques externes s'étant détruit, la muqueuse est venue boucher le champ de cette blessure. Du reste, il n'y a, à ce niveau, ni issue de matières, ni sang épanché, ni aucune trace de péritonite commençante.

En ouvrant l'estomac, on trouve, sur sa face postérieure, près de la grande courbure, une autre plaie de même étendue, plaie assez difficile à retrouver au milieu des plis de la muqueuse gastrique. Cette plaie traverse, immédiatement au-dessous, le mésocôlon transverse et paraît fermée par des adhérences lâches qui se sont établies entre la face postérieure de l'estomac et ce repli séreux.

Au-dessous du mésocôlon transverse, nous trouvons dans la masse intestinale les lésions constatées pendant l'opération.

La double perforation suturée porte sur la première anse intestinale, immédiatement au-dessous de la terminaison du duodénum. En ouvrant l'anse intestinale en question, on retrouve, bien qu'avec peine, la perforation de la muqueuse correspondant à la plaie de la face inférieure de cette anse, mais on ne peut découvrir, que par l'ecchymose environnante, l'endroit où la muqueuse bouche la plaie de la face supérieure; en ce point, l'occlusion par la muqueuse est complète.

On retrouve ensuite les deux premières perforations mésentériques, fermées par la suture de leurs bords, la supérieure située tout près de la face concave d'une anse intestinale, la suivante ouverte en plein mésentère. Une troisième perforation que nous avions vue pendant l'opération, mais que nous n'avions pas suturée, car elle ne donnait lieu à aucun écoulement sanguin était plus bas située et plus près de l'insertion du mésentère.

Nous retrouvons aussi dans le mésentère le thrombus chyleux constaté pendant l'opération : cette infiltration est constituée par une matière blanche et grasse, dépourvue d'odeur.

Enfin nous constatons la dernière lésion produite par la pointe du couteau, au niveau du repli mésentérique correspondant à la terminaison de l'iléon. Cette plaie est, comme les autres, complètement fermée par la suture que nous avons faite; elle est située au niveau d'un fort gros thrombus qui s'étend dans le mésentère, dans le méso-cœcum et jusque dans la fosse iliaque droite. Il entoure la veine cave inférieure et la veine iliaque qui, d'ailleurs, ne sont pas blessées. L'hémorrhagie arrêtée par la ligature paraissait être provenue du tronc ou d'une des branches de division principales des vaisseaux mésentériques inférieurs.

Les autres organes présentaient l'aspect qu'on trouve dans les morts par hémorrhagie; le foie était exsangue, il en était de même des principaux viscères thoraciques et abdominaux.

Les constatations de cette autopsie nous permettent de reconstituer le trajet suivi par le corps vulnérant. Le couteau, ayant pénétré un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic, a rencontré la face antérieure de la région pylorique de l'estomac, près de la grande courbure, l'a traversée, est ressorti de l'estomac par sa face postérieure au-dessous de laquelle il a aussitôt traversé le mésocôlon transverse ; il a rencontré la première anse intestinale, l'a percée de part en part, et s'écartant de plus en plus de la paroi abdominale, il a perforé le mésentère en trois points de plus en plus éloignés du bord adhérent des anses intestinales correspondantes, pour venir s'arrêter, un peu à droite de la ligne médiane vers la valvule iléo-cœcale, dans le repli péritonéal qui fixe la partie terminale de l'intestin grêle.

La position de la blessure de la face antérieure de l'estomac, profondément cachée sous la vésicule biliaire, *fort au-dessus des limites supérieures de notre incision abdominale qui avait pourtant dépassé de plus de 4 centimètres par en haut le niveau de la plaie,* explique la raison pour laquelle nous ne l'avons pas découverte. Comment se fait-il que ce point de l'estomac ait pu être atteint par le coup de couteau? Il est inadmissible que ce dernier ait glissé entre la vésicule biliaire qui était intacte, et l'estomac ;

d'ailleurs, toutes les autres constatations prouvaient que le coup de couteau avait été donné de haut en bas et de la gauche de la blessée vers sa droite.

Il n'y a qu'une explication possible : au moment de la blessure, l'estomac qui était en pleine digestion, était dilaté, et sa petite tubérosité descendait jusqu'à l'ombilic; c'est là que la pointe du couteau est venue l'atteindre. Puis aussitôt, la rétraction du viscère due à l'issue de quelques gaz (promptement résorbés par le péritoine), et surtout son refoulement par l'épanchement sanguin colossal qui a distendu le ventre, ont ramené la région pylorique vers la face inférieure du foie, où la blessure de l'estomac est allée se cacher sous la vésicule biliaire. Ce changement dans les rapports de l'estomac explique également le défaut de parallélisme que nous avons constaté entre la plaie de la séreuse et celle de la muqueuse, et l'occlusion valvulaire de la perforation qui en est résultée.

Il n'en est pas moins regrettable que cette plaie n'ait pas été découverte au cours de l'opération, bien qu'elle n'ait donné lieu à l'issue d'aucune partie des liquides contenus dans l'estomac, et que la mort ait été due à une toute autre cause qu'à sa non-réunion. Nous pouvons donc tirer de ce point une première conclusion: c'est qu'en cas de plaie pénétrante de l'abdomen, lorsque l'on a recours à la laparotomie, il ne faut négliger l'inspection d'aucun des points accessibles de la surface péritonéale et des viscères, même de ceux que leur siège éloigné du trajet présumé de l'agent vulnérant peut faire considérer comme les mettant à l'abri de toute lésion. On doit avoir présente à l'esprit la possibilité d'un déplacement, d'un changement temporaire de leurs rapports qui les ait placés sur le trajet du projectile ou du couteau au moment même de la blessure.

Il faut du reste l'avouer, eussions-nous découvert et suturé la plaie de l'estomac, celle de la face postérieure correspondant à l'arrière-cavité des épiploons nous eût forcément échappé. L'une et l'autre de ces plaies étaient d'ailleurs obturées, tout au moins momentanément, la première par le glissement de la muqueuse, la seconde par le mésocôlon transverse qui, en ce point, s'appliquait intimement sur la région blessée de l'estomac. Peut-être la blessée, si elle eût vécu davantage, eût-elle succombé aux accidents déterminés par l'issue, dans le péritoine, du contenu de l'estomac : la quantité de sang qu'elle avait perdue et l'état de collapsus et d'anémie rapidement mortelle qui furent la conséquence de cette hémorrhagie, arrêtée, mais trop tard, par la ligature des vaisseaux divisés, ne lui laissèrent pas le temps de mourir de péritonite septique.

En pareil cas, l'intervention, pour être efficace, devrait être immédiate.

Je n'ajouterai que quelques mots sur la disposition particulière que présentaient les plaies de l'estomac et de l'intestin.

Pour ce qui est des deux plaies qui résultaient de la perforation de part en part de l'anse intestinale blessée, quoique la rétraction de la séreuse les eût transformées en deux pertes de substances circulaires, leur fond était complètement bouché par la muqueuse, ainsi que MM. Perier, Peyrot et moi nous l'avons constaté de la manière la plus certaine. Au cours de l'autopsie, après avoir ouvert l'anse intestinale en question, je ne pus retrouver que l'un de ces orifices à sa surface interne et non sans peine; l'autre restant absolument effacé par l'adhésion complète de ses parois. Aucune parcelle du contenu de l'anse intestinale, qui, d'ailleurs, n'était nullement revenue sur elle-même ni contractée, ne paraissait avoir pénétré dans la cavité péritonéale. Cette constatation est une rigoureuse vérification des faits observés par Travers, et si bien étudiés récemment par M. Reclus.

La plaie de la face antérieure de l'estomac elle-même était obturée, en apparence tout au moins, par un mécanisme différent; le parallélisme s'était détruit (nous avons dit comment et par quel mécanisme) entre la plaie de la séreuse et de la musculeuse, et celle de la muqueuse gastrique, de telle sorte que ces plaies ne se correspondaient plus et que la solution de continuité de l'estomac était fermée comme par un rideau qu'on aurait tiré derrière elle.

La grande mobilité dont jouissent la tunique muqueuse de l'estomac et celle de l'intestin, les replis étendus qui en multiplient la surface font que, malgré le peu d'épaisseur apparente des parois gastriques ou intestinales, le trajet que décrit au travers d'elles l'agent vulnérant peut présenter une véritable obliquité, telle que ses orifices sur la séreuse et sur la muqueuse ne se correspondent plus.

Ces conditions permettent de comprendre comment il se fait qu'une plaie de l'estomac ou de l'intestin puisse être bouchée par la muqueuse; mais, quelle que soit l'interprétation mécanique du fait, celui-ci existe, ainsi que nous l'avons constaté; je puis même vous présenter ici les pièces qui en démontrent la réalité. Il est donc indubitable qu'une plaie de peu d'étendue de l'estomac ou de l'intestin, telle que celle qui résulte de l'action d'un projectile de petit calibre, peut être obturée par la muqueuse.

Et maintenant, irai-je jusqu'à affirmer que la protection constituée de la sorte soit bien efficace et surtout bien durable? Il est certain pour tous ceux qui connaissent la rapidité avec laquelle se font les adhésions péritonéales autour des blessures de la séreuse,

qu'au bout de peu d'heures déjà le bouchon muqueux protecteur peut être renforcé par des connexions solides et durables qui se sont établies entre le pourtour de la blessure intestinale et les organes adjacents; il est parfaitement admissible que la protection temporaire du péritoine puisse se transformer rapidement en une guérison définitive; mais je ne voudrais pas affirmer qu'il en fût toujours ni même le plus souvent ainsi.

La seule conclusion que je me croie le droit de tirer de ce fait est la suivante :

La possibilité de l'occlusion spontanée des plaies de petites dimensions de l'intestin, anatomiquement démontrée, peut rendre compte des cas heureux, analogues à celui que je vous ai cité l'année dernière, et où des blessures de l'intestin ont été suivies de guérison, sans le secours de la chirurgie.

Elle doit engager les chirurgiens à peser mûrement les chances de survie que présente le blessé, avant de s'engager, sans y être contraints par des accidents manifestes, dans une intervention dont on compte malheureusement encore les résultats favorables.

Discussion.

M. Terrier. L'observation que vient de nous communiquer M. Berger ne fait que confirmer certains faits, aujourd'hui classiques, aussi bien connus des physiologistes que des chirurgiens.

Telle est la hernie de la muqueuse qui peut dans certains cas combler l'ouverture accidentelle faite à l'intestin. Elle a été constatée par M. Berger. Elle a été vue depuis longtemps dans des expériences sur les animaux, dans celles, par exemple, de M. Colin à Alfort, faites en 1858, auxquelles j'ai assisté.

Telle est aussi la fermeture spontanée de l'estomac par transposition des plans; fait classique aussi, confirmé par M. Berger.

La non-issue des matières intestinales peut, au reste, dans son cas être expliquée d'une façon bien plus simple encore. La malade a été opérée 12 heures après l'accident; une hémorrhagie épouvantable s'était faite dans le ventre, et avait provoqué un état demi-syncopal; la blessée était à moitié morte lorsque l'on est intervenu; elle est restée ensuite demi-mourante jusqu'à l'issue finale. Quoi d'étonnant à ce que, dans ces conditions, il ne se soit point fait de contractions intestinales, ni avant, ni après l'opération.

Mais, d'autre part, rien ne permet de supposer que l'occlusion, si la malade avait survécu, eût persisté. Il serait regrettable de s'appuyer sur un fait de ce genre pour admettre qu'une plaie de l'intestin peut se fermer d'elle-même. Je crois, bien au contraire, que si la blessée de M. Berger avait été un peu plus vivante, les con-

tractions intestinales se seraient réveillées et que l'épanchement intra-abdominal se serait produit.

Je tiens d'autant plus à faire cette remarque qu'ici même, l'an dernier, j'ai été accusé, à propos d'une malade à qui j'avais fait de petites ponctions de l'intestin, d'avoir provoqué la péritonite à laquelle elle avait succombé. Et pourtant on sait qu'il y a une différence immense entre les petites ponctions de l'intestin et les plaies, et surtout les plaies par armes à feu.

Quand une anse intestinale a été ouverte par un coup de couteau, il faut, pour qu'il n'y ait pas issue de matières dans le ventre, des conditions toutes spéciales qui sont bien rarement réalisées. Pour les plaies par armes à feu qui entraînent des altérations, consécutives, inévitables et nécessairement graves, une terminaison favorable est, pour ainsi dire, impossible.

En somme, je conclus absolument comme M. Berger; comme lui, je pense que, dans ces plaies pénétrantes de l'intestin, il faut intervenir, je ne dirai pas dès les premiers indices de péritonite, mais dès l'apparition du moindre phénomène anormal, de quelque nature qu'il soit, dès que se montre le moindre signe capable de donner quelque inquiétude.

Telle est la pratique de nos confrères en Amérique. J'ai vu à Boston deux blessés qui avaient reçu des coups de couteau dans le ventre. L'intervention avait été immédiate; l'anse blessée avait été cherchée, trouvée, suturée, et les malades avaient guéri sans accidents.

Dire qu'une guérison spontanée est impossible ne serait pas exact, mais elle est tellement exceptionnelle qu'on n'y doit pas compter.

M. Chauvel. Il me semble que, dans le cas de M. Berger, on peut tenir compte, pour expliquer la non-issue des matières intestinales, de la compression que devait exercer sur les viscères l'énorme épanchement sanguin qui a été constaté.

Je ferai remarquer, d'autre part, qu'il y a lieu de faire une distinction entre les plaies pénétrantes de l'abdomen par instrument tranchant, et celles par armes à feu. Ces dernières sont nécessairement plus graves parce qu'elles s'accompagnent toujours d'une perte de substance. L'indication d'opérer est donc plus pressante, toutes choses égales d'ailleurs, à la suite des plaies par armes à feu.

Enfin, et c'est ma troisième observation, la destruction du parallélisme des lèvres de la plaie stomacale, chez la malade de M. Berger, semble bien établir qu'il y a eu des contractions de ce viscère. D'où vient alors qu'il n'y ait pas eu d'épanchement? Je

ne me l'explique pas bien. Serait-ce que l'estomac était vide?

M. Berger a, du reste, à mon sens, fort bien fait d'intervenir.

M. Reclus. J'ai été très heureux d'entendre l'intéressante communication de M. Berger. On avait, en effet, mis en doute l'occlusion des plaies intestinales par le bouchon muqueux dont M. Berger a si bien constaté l'existence. Ce fait vient à l'appui de mes expériences; pour ma part, il m'a été donné de trouver cinq ou six fois cette obturation par hernie de la muqueuse. J'ai même pu voir en pareil cas comment la lésion évoluait vers la guérison. Celle-ci m'a paru retardée par la présence de ce bouchon muqueux; un petit abcès se forme comme si la muqueuse avait inoculé la séreuse voisine. Mais en même temps se produisent des adhérences périphériques qui empêchent toute effusion de matières. J'ai vu ce bouchon muqueux se produire à la suite de plaies par petits projectiles de 5 à 6 millimètres; l'assertion de M. Chauvel n'est donc pas absolument acceptable, elle ne serait vraie que pour des balles de plus gros calibre. Dans les plaies par instruments piquants, la formation du bouchon muqueux est plus fréquente encore. Donc, sur ce premier point, la fermeture possible des plaies de l'intestin par un bouchon muqueux, il n'y a plus de doute à avoir.

Un mot maintenant sur la rapidité avec laquelle se fait la guérison, au moins dans les expériences du genre de celles que j'ai entreprises. Lorsque nous attendions quinze jours pour sacrifier l'animal, il nous est arrivé d'éprouver les difficultés les plus grandes pour retrouver la plaie qui avait été faite. Il fallait une dissection extraordinairement attentive, avançant millimètre par millimètre à partir de l'orifice d'entrée de la balle, pour suivre dans le ventre le trajet parcouru, et reconnaître les points lésés. La guérison en somme, chez les chiens du moins, est des plus faciles.

Sans revenir sur le fond de la question, je dois cependant faire remarquer que je ne partage pas l'avis de M. Terrier sur l'opportunité d'une intervention immédiate dans tous les cas. M. Terrier nous dit : la blessée de M. Berger était à demi morte; c'est pour cela qu'il n'y a pas eu de contractions intestinales, et partant pas d'épanchement de matières dans l'abdomen.

Je puis citer un fait où ces contractions se sont certainement produites, et pourtant le blessé a survécu. Il s'agit d'un cas observé par Socin, qu'il aurait communiqué au dernier Congrès de chirurgie, si l'encombrement des séances n'avait pas interdit toute discussion. Un soldat a l'estomac traversé de part en part par une balle de chassepot; par suite de je ne sais quelle circonstance, cette blessure est absolument méconnue; on laisse le

blessé manger à sa guise, ce qui n'est pas peu dire, car c'était un Bavarois grand mangeur, et la quantité d'aliments qu'il engouffrait était vraiment hors de l'ordinaire. Cinq mois plus tard, cet homme meurt d'une affection intercurrente. A l'autopsie, on trouve les deux perforations de l'estomac cicatrisées, et dans la colonne vertébrale la balle témoignant encore, par le siège qu'elle occupait, de la réalité de la lésion qu'elle avait provoquée.

Moi aussi, à l'Hôtel-Dieu, j'ai observé deux malades qui avaient reçu un coup de couteau dans l'estomac. Le diagnostic n'était pas douteux. Ils avaient vomi immédiatement après l'accident, l'un un verre, l'autre deux verres de sang. Je ne sais d'où serait venue cette hématémèse, si elle ne devait pas être expliquée par une plaie de l'estomac. Et cependant, à la faveur d'un traitement approprié, la compression, le repos, la diète, l'opium à haute dose, aucun accident ne s'est produit, et nos deux malades ont survécu.

Des observations de ce genre pourraient sans doute être produites en grand nombre, la guérison, quel qu'en soit le mécanisme, — défaut de parallélisme des bords de la plaie, bouchon muqueux, adhésion des séreuses, — la guérison, dis-je, est possible par l'abstention.

Ce qui ne veut pas dire que je sois pour la non-intervention quand même. Pour mes deux malades de l'Hôtel-Dieu, tout était prêt pour une action énergique et prompte si elle était devenue nécessaire. Au moindre signe de péritonite, bien plus, à la moindre dissociation de pouls, je fusse intervenu et le ventre eût été ouvert.

M. Terrier. Rien de plus fâcheux en général, et tout particulièrement en matière de physiologie expérimentale, que de confondre deux questions différentes.

Or, c'est faire une confusion de ce genre que de mettre sur le même plan, dans cette discussion, les plaies de l'estomac et celles de l'intestin.

Pour les premières, un traitement rationnel est possible, il ne l'est pas pour les secondes. On peut, à la rigueur, tenir un estomac vide, tandis qu'il est absolument impossible d'empêcher la circulation de matières dans l'intestin. Aussi est-il admis depuis longtemps, et avec raison, que les plaies de l'estomac peuvent guérir, soit par la transposition des plans, soit par le repos absolu de l'organe.

Il n'en est pas de même des plaies de l'intestin. Le bouchon muqueux tant vanté me paraît plus dangereux qu'utile. En effet, il est nécessairement septique. M. Reclus l'a fort bien dit et vu. C'est à lui que sont dus les abcès qu'il a observés ; cette muqueuse herniée est une porte ouverte aux phénomènes d'infection, à une vé-

ritable péritonite septique. Si celle-ci n'a pas été plus souvent constatée par notre collègue, c'est qu'il opérait sur des chiens dont le péritoine est infiniment plus tolérant que celui de l'homme.

Quant à l'efficacité de la compression pour s'opposer à l'effusion des matières, on me permettra d'en douter. Nous pouvons sur ce point tenir compte de l'expérience acquise dans nos laparotomies. Si quelque vaisseau a été insuffisamment lié, nous aurons beau accumuler des kilogrammes d'ouate sur le ventre de nos malades et serrer à toute force, rien n'y fera, jamais on ne s'opposera efficacement à l'écoulement sanguin.

Je ne crois donc à aucune action extérieure capable d'agir sur la plaie intestinale; l'action directe est seule utile, c'est à elle seule qu'il faut avoir recours.

M. L.-Championnière. Je n'aime pas en général parler d'opérations que je n'ai pas faites. Je prends cependant la parole, parce qu'il s'agit ici de cas d'urgence, en présence desquels chacun de nous peut être d'un jour à l'autre placé. Il nous faut, d'ores et déjà, savoir quel parti nous devons prendre.

Or, voici quelle est à cet égard mon impression. Nous ne sommes plus au temps où l'on considérait l'ouverture du ventre comme une opération dangereuse. Si dans un cas de plaie de l'abdomen nous nous abstenons, c'est que nous avons quelque raison de supposer que la blessure n'est pas pénétrante; c'est d'ailleurs que le blessé n'est pas malade ou ne présente, du moins, aucun symptôme inquiétant.

Que si, au contraire, la plaie de l'intestin est certaine, l'hésitation n'est pas possible ; pour ma part, en pareil cas, j'ouvrirai le ventre. Je l'ouvrirai encore, alors même que la plaie de l'intestin serait douteuse, s'il y a un accident quelconque, si léger qu'il soit.

Je n'admets pas que l'on puisse ou que l'on doive compter sur aucun de ces heureux hasards, dont on parle toujours. Dès qu'il y a plaie intestinale, voire même plaie stomacale, considérée cependant comme plus favorable, la laparotomie s'impose. Et cela, parce que les chances que le malade a contre lui, du fait de l'opération, sont infiniment moins considérables que celles qui résultent de l'existence d'une plaie intestinale.

Reste à savoir si l'on arrivera à découvrir la lésion, et à lui appliquer une thérapeutique efficace. Je reconnais que cela n'est pas toujours possible. Mais je ne vois pas là une raison suffisante pour ne pas tenter l'aventure.

Il faut donc agir, et agir vite. Si vous attendez, bientôt vous ne serez plus maître des accidents.

Ou bien, alors, prenez franchement un parti tout opposé. Dites

que l'abstention a été parfois suivie des meilleurs résultats, que vous préférez laisser votre blessé courir cette chance, et renoncez du coup à toute intervention dans le présent et dans l'avenir.

C'est une façon d'envisager la situation que je ne crois pas bonne, mais qui, je l'avoue, se peut défendre.

M. Reclus. Avec la doctrine que vient de défendre M. Championnière, on en arrive à ceci, que toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une plaie de l'abdomen, on ouvrira le ventre. Car, pratiquement, qui dit plaie pénétrante de l'abdomen, dit plaie de l'intestin, tant celle-ci est fréquente.

Pour moi, pareille conduite est éminemment dangereuse. Je ne crois pas, quoi qu'en dise notre collègue, que l'ouverture du ventre soit une opération absolument innocente. Cela est vrai, peut-être, pour les laparotomies exploratrices faites dans les cas de tumeurs abdominales douteuses, mais non dans celles dont il est ici question.

Voyez ce qui est advenu dans l'observation de M. Berger : trois chirurgiens des hôpitaux, dont la compétence ne peut être mise en doute, laissent passer une partie des lésions sans les voir. Elles peuvent donc échapper, et la situation du blessé sera pire que si l'on s'était abstenu.

Songez, d'autre part, à ce que sont ces recherches. Il faut explorer l'intestin tout entier, le dérouler pour l'examiner anse par anse, et, pour cela, attirer en dehors tout le paquet intestinal. Cela constitue une opération infiniment grave, nul ne le contestera ; opération qui, à vrai dire, n'a de la laparotomie que le nom.

En somme, je suis, pour ma part, absolument opposé à ces interventions immédiates faites dans un but d'exploration, alors que la lésion viscérale est incertaine.

Sommes-nous cependant si loin de nous entendre qu'il le semble ? Je prétends, au contraire, qu'en pratique nous sommes tous d'accord. M. Championnière nous dit : « J'interviens toutes les fois que l'existence d'une perforation intestinale m'est démontrée par une réaction du péritoine qui vient présager son inflammation. » Mais c'est précisément ce que disent MM. Trélat, Tillaux, Berger, moi-même, Tous nous admettons que l'imminence de la péritonite commande l'intervention. C'est là un point capital que l'on ne saurait trop souligner.

M. Trélat. Tous ceux qui suivent nos travaux avec quelque attention ne laisseront pas que d'être frappés de la tournure que prend la discussion qui s'engage en ce moment. Ils se souviendront qu'il y a un an, lorsque je vous soumettais le cas de plaie intestinale, où j'avais été à la fois témoin et acteur, il y eut chez la

plupart de nos collègues de l'étonnement, voire même une vive opposition, lorsqu'ils eurent à apprécier ma conduite.

Nous n'en sommes plus là aujourd'hui. M. Reclus vient de le dire, nous sommes bien près d'être tous d'accord sur le parti qu'il convient de prendre en présence des blessures de l'intestin.

Certes, aucun n'oserait soutenir qu'il ne faut pas essayer de jeter une ligature sur un vaisseau qui saigne dans le ventre, ni tenter de fermer une plaie faite à l'intestin.

Mais tous aussi nous admettons qu'il faut attendre pour intervenir un signe quelconque qui motive l'intervention. C'est ici, il est vrai, que la dissidence commence, les uns ayant de la tendance à saisir ces signes le plus tôt possible, les autres à retarder un peu

La question ainsi posée ne sera jamais complètement vidée ; elle ne peut l'être. Il y aura toujours des cas incertains dans lesquels la conduite à tenir ne sera pas nettement tracée.

Dans ces cas douteux, les uns diront : mieux vaut faire une laparotomie seulement exploratrice et parfois inutile, que renoncer d'emblée à une opération qui peut être le salut du blessé ; mieux vaut ouvrir le ventre et regarder, et chercher, que d'assister, sans rien faire, à l'évolution d'accidents qui, une fois déclarés, pourront conduire rapidement à la mort.

D'autres estiment que l'abstention, en pareil cas, est plus sage, plus opportune ; qu'elle fait, en somme, tout bien considéré, courir moins de dangers au blessé.

Voilà la ligne de partage des eaux ; le seul point qui nous divise.

Qui prononcera entre ces deux façons de voir et de faire ? Personne. Ou plutôt, c'est à l'expérience, à l'observation de trancher le litige. Notons avec soin tous les faits qui se produisent, n'en laissons échapper aucun, et tirons-en la morale. Ils nous conduiront certainement à la vérité.

L'impression, qui résulte pour moi de ceux, dont j'ai eu jusqu'ici connaissance, m'entraîne vers l'intervention hâtive. Mais il est possible que cette impression change, il suffirait pour cela de faits contraires bien observés, suffisamment nombreux et démonstratifs.

M. L.-Championnière. Je suis de l'avis de M. Reclus. Il est souvent très difficile d'affirmer la pénétration ; et partant très difficile aussi, en pareil cas, de savoir à quel parti se résoudre.

Mais je le répète, pour peu qu'il y ait l'ombre d'un signe en faveur de l'hypothèse d'une plaie de l'intestin, ouvrez immédiatement le ventre ; c'est pour moi le plus sage.

Et surtout ne raisonnons pas sur ces cas exceptionnels, publiés

avec empressement par les observateurs, qui établissent la possibilité des guérisons spontanées. Il ne faut pas compter sur ces chances heureuses. Les faits contraires sont en nombre infiniment plus considérables.

Mieux vaut, mille fois, une opération inutile qu'une abstention qui sera, dans l'immense majorité des cas, néfaste.

Présentation de malade.

Amputation de Chopart.

M. Polaillon présente un malade, âgé de 37 ans, auquel il a pratiqué le 20 octobre 1887 *l'amputation de Chopart* pour une ostéo-arthrite suppurée du pied droit, d'origine traumatique, avec clapiers et fistules multiples. La guérison, entravée par divers incidents, est aujourd'hui complète, et le résultat excellent. On voit, en effet, que le talon n'est pas relevé; le moignon est très beau; la marche est des plus faciles.

Lecture et Présentation.

M. Prengrueber présente un *ostéosarcome du tibia* débutant, provenant d'une enfant de onze ans, à laquelle il vient d'amputer la cuisse.

L'intérêt de ce fait est que l'opération a été extrêmement précoce; comme, d'autre part, le segment du membre malade a été enlevé dans son entier, il est difficile de trouver un cas plus favorable à la guérison définitive.

La suite montrera si on a eu raison de compter sur cette guérison.

M. Delorme montre un *clamp pour l'opération du varicocèle par le procédé d'excision du scrotum.*

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

Ch. Monod.

Séance du 11 avril 1888.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *On account of a case in which recovery took place after aparotomy had been performed for septic Peritonitis due to a perforation of the vermiform appendix, by* Henry B. Sands, professeur de chirurgie, à New-York (Extrait du *New York medical Journal,* 1888);

3° M. Després offre à la Société la troisième édition de sa *Chirurgie journalière.*

A propos du procès-verbal.

1° *Kystes et abcès du sinus maxillaire.*

M. Magitot. Je n'ai pu assister aux deux dernières séances de la Société et l'ai beaucoup regretté en lisant, dans un journal de médecine, le compte rendu de la discussion qui s'est élevée entre MM. Quénu et Berger, et dans laquelle M. Berger a bien voulu invoquer mon nom.

Il s'agissait d'une opération d'autoplastie pratiquée par M. Quénu, pour obturer une fistule du sinus maxillaire consécutive, suivant lui, à une *hydropisie* de cette cavité.

De l'opération en elle-même, je ne prétends rien dire ; mais, au sujet de la désignation de la lésion et de sa pathogénie, je tiens à m'associer aux réserves qu'a formulées M. Berger.

Je ne puis croire, en effet, que M. Quénu ait observé un fait d'hydropisie du sinus maxillaire. C'est une affection que je n'ai jamais rencontrée et dont je suis porté à contester absolument l'existence. Une cavité ouverte, comme le sinus, n'est nullement

susceptible de devenir le siège d'une hydropisie. Il en est de même des prétendus kystes de cette cavité, abstraction faite, bien entendu, des kystes, dits de Giraldès, qui sont développés dans les glandes mucipares de la paroi du sinus. Ces hypothèses d'hydropisie et de kystes du sinus doivent donc être reléguées, suivant moi, parmi les légendes familières du siècle dernier, lorsque l'ancienne Académie de chirurgie professait que toutes les productions solides ou liquides du maxillaire supérieur appartenaient au sinus. J'ai bien souvent protesté ici-même et aussi à la Société de biologie contre une semblable erreur qui tendait à se perpétuer dans la chirurgie actuelle.

Mais ce qui n'est pas une légende, ce qui est très réel, c'est l'inflammation ou le *catarrhe* du sinus, lequel a précisément pour cause fréquente les circonstances que M. Quénu a relatées dans son observation. Ajoutons que cette affection est particulièrement rebelle.

Or, si M. Quénu a eu affaire à un cas de ce genre, je partagerai encore l'opinion de M. Berger lorsqu'il disait qu'une tentative d'obturation autoplastique d'une ouverture buccale était chose bien imprudente, car la préoccupation constante des chirurgiens dans une semblable circonstance doit être, tout au contraire, de lutter par le drainage très prolongé, parfois même indéfini, contre les tendances naturelles que présentent ces fistules à l'occlusion spontanée.

Cette dernière remarque est, comme on voit, conforme en même temps aux réflexions de M. Després.

M. Terrier. Je n'ai qu'un mot à dire : M. Quénu avait en effet expliqué par une hydropisie de sinus maxillaire, ouverte au bord alvéolaire, la lésion que présentait son malade. Il a, depuis, abandonné cette idée, et admis qu'il s'était agi d'un kyste périostique ouvert, d'une part, du côté du bord alvéolaire, et, de l'autre, dans la cavité du sinus. L'ouverture du sinus a été consécutive, accidentelle, faite par le chirurgien au moment où il a ouvert la collection purulente développée dans l'épaisseur de l'os. Le résultat a été, en somme, une communication existant entre la cavité du sinus et la bouche par l'intermédiaire de la cavité purulente sous-jacente. Mais tout cela n'a rien à voir avec les collections purulentes du sinus dont vient de nous parler M. Magitot.

2° *Œdème aigu du larynx.*

M. Monod. M. Després disait très justement à la dernière séance, à propos d'une observation de M. Du Cazal, qui nous a été rap-

portée par M. Chauvel, qu'il n'est pas bon qu'un fait soit présenté à la Société de chirurgie, sans que nous substituïons à l'explication qui en a été donnée par l'auteur, si elle nous paraît insuffisante, une explication meilleure ou qui nous paraîtrait telle.

M. Du Cazal a expliqué la mort subite de son malade, dans un accès de suffocation, par une plaie du larynx trouvée à l'autopsie.

M. Chauvel a fort bien fait remarquer que cette plaie n'avait aucun des caractères que doit présenter une solution de continuité survenue pendant la vie ; qu'elle avait donc dû être faite à l'ouverture du corps.

M. Desprès a pensé que l'œdème qui a entraîné la mort ne pouvait être expliqué que par un petit abcès qui a pu passer inaperçu, mais qui aurait suffi pour provoquer les accidents observés.

M. Chauvel lui a objecté avec raison : 1° que le procès-verbal de l'autopsie est très affirmatif sur le fait de l'absence complète de pus dans le larynx ou dans son voisinage ; 2° que, la mort ayant suivi très rapidement le début des accidents, il n'était pas possible qu'une collection purulente eût eu le temps de se former en un aussi bref délai.

M. Chauvel ajoute dans son rapport qu'il n'est pas « inadmissible que l'œdème sus- et sous-glottique qui a entraîné la mort du malade de M. Du Cazal ait été indépendant de toute blessure », en d'autres termes, que cet œdème ait été *spontané*. Il me semble que notre collègue aurait pu être plus affirmatif sur ce point.

Je crois, en effet, que l'on a trop oublié, dans la courte discussion qui s'est engagée devant nous sur ce fait, qu'il existe dans la science des exemples incontestables d'œdème aigu du larynx, suivi de mort, sans qu'un traumatisme ait précédé les accidents, ou que la découverte à l'autopsie d'une collection purulente ait pu les expliquer.

Je ne ferai que mentionner le fait, peut-être contestable — mais qui est cependant partout cité comme exemple d'œdème aigu primitif de la glotte — de van Swieten cité par Boerhaave : un homme au milieu d'un repas est pris subitement d'acuité de la voix, et périt avant qu'aucun secours ait pu lui être donné.

Celui, plus récent et non moins connu de Trousseau, est plus probant. Se trouvant avec Bricheteau au vestiaire de l'hôpital Necker, on vient le prévenir qu'on apportait dans les salles un homme qui se mourait dans d'épouvantables accès de suffocations. C'était un homme de 35 ans, très vigoureux, qu'on avait ramassé sur le boulevard des Invalides. Sa respiration très gênée était celle de l'œdème de la glotte ; le doigt, porté profondément dans la gorge, constate le gonflement de l'épiglotte et des replis aryépiglottiques. Ce malade, après de copieuses libations, avait passé

la nuit, qui était froide, en plein air; le matin, il s'était réveillé avec un violent mal de gorge, et, en une heure ou deux, il en était arrivé à l'état décrit plus haut.

Ce fait manqua heureusement du contrôle de l'autopsie. Mais il est possible d'en citer quelques autres où la vérification *post mortem* a été faite, et où il a été établi qu'un œdème aigu du larynx, sans autres lésions, suffisait à amener la mort. Je les emprunte, comme les précédents, à l'excellente thèse du Dr Charazac[1].

C'est d'abord le cas présenté à la Société médicale des hôpitaux, en 1876, par le Dr Laveran, au nom de M. Richard, médecin aide-major, à Belfort. Il s'agit d'un militaire atteint d'une angine simple; il sortit guéri de l'infirmerie après quelques jours de traitement et avait repris son service. Le lendemain matin, il eut un frisson et fut pris d'un accès de suffocation. Un quart d'heure après, il mourait asphyxié avant qu'on eût eu le temps de pratiquer la trachéotomie. On trouva, à l'autopsie, les amygdales, la paroi postérieure du pharynx et les replis ary-épiglottiques tuméfiés et infiltrés. M. Brouardel, dans la même séance, disait avoir observé un cas analogue, mais le malade était aphone depuis quelques jours.

C'est encore le cas de Bard. Cet auteur présenta à l'Académie de médecine le larynx d'une jeune fille morte en peu d'instants de suffocation; on constata chez elle un œdème considérable des bords de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques.

C'est, enfin, deux cas rapportés par Lefferts (de New-York), dans un article publié par lui, en 1877, à propos de six cas d'œdème aigu de la glotte qu'il avait observés.

Je pourrais citer d'autres faits semblables, mais dans lesquels le traumatisme a joué un rôle, ou bien encore où l'inflammation a dépassé le degré de simple congestion et a été jusqu'à provoquer la formation de pus.

Je me suis attaché à ne réunir que ceux où le froid paraît avoir été la seule cause déterminante de l'œdème.

Il s'agit le plus souvent, en pareil cas, de sujets, généralement dans la force de l'âge, qui, après s'être exposés à un refroidissement, d'ordinaire la nuit, sont pris de mal de gorge et meurent rapidement dans un accès de suffocation.

C'est exactement l'histoire du malade de M. Du Cazal.

L'œdème aigu primitif de la glotte, bien que rare, est connu depuis le mémoire classique de Sestier, les faits de mort subite

[1] J. Charazac, Étude sur l'œdème du larynx (œdème de la glotte) (*Thèse de Paris*, 1885).

qu'il peut entraîner le sont moins, puisque l'observation de M. Du Cazal a paru ici être sans précédent.

Il importe cependant qu'ils le soient, particulièrement des chirurgiens, car jamais, comme l'a fait remarquer M. Chauvel, leur intervention ne saurait être plus urgente, ni plus efficace.

Suite de la discussion sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. Desprès. Si chacun de nous apportait les faits empruntés à sa pratique avec l'intégralité des résultats, énumérant les cas dans lesquels la guérison a été obtenue sans laparotomie, les cas où la mort est survenue et où l'autopsie a démontré que la laparotomie eût pu faire quelque chose, guérir le malade ou être inutile, si elle avait été appliquée, nous serions bien près de tenir la vérité et nous pourrions poser des indications précises. Quoique je sois partisan de la laparotomie lorsqu'il est démontré qu'il y a une plaie intestinale à peu près certaine, je n'ai, dans les faits qui m'ont passé sous les yeux jusqu'ici, enregistré aucun cas où la laparotomie ait eu chance d'être appliquée avec succès et où j'ai dû regretter de ne l'avoir point faite.

A l'hôpital de la Charité, de 1881 jusqu'à ce jour, je n'ai observé que sept plaies ou contusions de l'abdomen avec lésions certaines ou incertaines des intestins. Je les livre ici à la discussion et vous allez voir les conclusions que l'on en peut tirer.

Voici ces faits; ce sont des résumés d'observation :

1° Homme de 24 ans, entré le 12 janvier 1881. Plaie pénétrante de l'abdomen par une balle de revolver n° 7, balle entrée à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, accident arrivé la veille au soir. Pas de vomissements, ballonnement du ventre. Ceinture de diachylum. Sorti guéri (balle restée) le 19 février.

2° Homme de 24 ans, entré en 1883. Plaie pénétrante de la région épigastrique (coup de couteau), guérie. Hématémèse de sang pur, rutilant. Anévrysme probable d'une des branches de la coronaire stomachique. Refus d'opération. Ce fait est intéressant en ce sens que la plaie avait guéri sans accidents immédiats et il y avait eu depuis la preuve que l'estomac était blessé.

3° Homme de 32 ans, entré le 19 juin 1883. Plaie pénétrante de l'abdomen et de la poitrine, balle de revolver n° 7. (Flanc et poumon gauches.) Entré le jour même de l'accident. Ni vomissements, ni ballonnement du ventre. Sorti guéri (balle restée), le 12 juillet.

4° Homme de 45 ans, entré le 12 octobre 1884. Coup de pied de cheval dans l'abdomen le jour même. Ballonnement énorme du ventre et matité. Pas de hoquets, pas de vomissements. Diète absolue pendant trois jours. Pas de selles sanguines ni d'hématurie. Ictère hémaphéique ; sort guéri le 22 décembre de la même année.

5° Homme, marchand de vin, 40 ans, entré le 9 juin 1884. Plaie pénétrante de l'abdomen, région du flanc droit, coup de couteau, issue de l'épiploon. Ce malade est vu, à son entrée à l'hôpital, quelques instants après l'accident. Pas de ballonnement du ventre, pas de hoquet ni de stupeur. Réduction de l'épiploon, suture large, ceinture de diachylum. Diète absolue. Sort guéri le 10 juillet.

6° Homme de 46 ans, entré le 11 mars 1885, mort le 12. Plaie pénétrante de l'abdomen et de la poitrine, balle de revolver n° 7. Hémoptysie, pas de ballonnement du ventre. Les signes pulmonaires dominaient la scène. Mort d'hémoptysie. A l'autopsie, la balle a été trouvée sur la colonne vertébrale ; elle avait traversé l'estomac.

7° Homme de 21 ans, entré le 3 octobre 1887. (C'est le malade sur qui un aliéné, rue Vivienne, avait tiré un coup de revolver de gros calibre n° 9, dans les reins.) Plaie de la région rénale pénétrante de l'abdomen, la balle arrêtée dans la paroi abdominale avait été enlevée à l'aide d'une incision par un praticien en ville. Ballonnement du ventre et matité, hématurie, stupeur. Pas d'intervention ; diagnostic : plaie du rein et plaie probable d'un ou de plusieurs intestins. Mort sans péritonite confirmée mais bien par septicémie le 6 octobre. A l'autopsie, rein traversé par la balle et plaie oblique du côlon descendant ; rien à l'intestin grêle.

Si nous défalquons le numéro 2, la plaie de l'estomac guérie, pour laquelle, cependant, en raison des hématémèses, j'avais proposé de rouvrir la plaie pour lier le vaisseau que je supposais atteint d'anévrysme, il reste six cas. J'éliminerai encore le numéro 4, une contusion violente de l'abdomen par coup de pied de cheval, quoiqu'il y ait un exemple de laparotomie pratiquée dans un cas analogue ; il y avait une déchirure des intestins qui a été suturée, et le malade a guéri ; l'opération, si mes souvenirs sont exacts, a été pratiquée par M. Bouilly. Dans le cas soumis à mon observation, j'ai pu diagnostiquer quelle était la lésion, grâce à ce fait que le ventre était ballonné et mat, ce qui m'a conduit à affirmer qu'il y avait simple épanchement de sang dans l'abdomen. Quand il y a des lésions de l'intestin, il y a du ballonnement du ventre, il y a de la sonorité. De plus, j'ai remarqué, ainsi que l'avaient indiqué les anciens, que le malade n'avait point cet état de stupeur avec pouls filiforme, commun chez les sujets atteints de plaie intestinale. L'événement a d'ailleurs vérifié mon diagnostic, et, dans ce cas, la laparotomie n'était pas indiquée. Le malade n° 5, atteint d'un

coup de couteau dans l'abdomen avec issue de l'épiploon, était aussi dans un état peu grave; mais tout faisait supposer que l'intestin n'était pas blessé; ici encore pas d'indication de laparotomie.

Restent quatre plaies par balles de revolver. Deux ont été suivies de guérison, deux ont été suivies de mort. Voyons donc si, dans les deux derniers cas, l'autopsie a indiqué que la laparotomie eût pu être utile.

Le numéro 6 est mort en moins de douze heures, la balle avait traversé l'estomac, perforé le diaphragme, blessé un vaisseau du hile du poumon; la mort a été la conséquence d'hémoptysies répétées. L'ouverture de l'abdomen, la suture des plaies de l'estomac eussent-elles empêché la mort? Non, certes, il n'y a sur ce point aucun doute. Encore un cas où la laparotomie n'était pas indiquée.

Le numéro 7, c'est ce jeune homme dont l'histoire a été rapportée dans les journaux, qui, blessé par un fou, rue Vivienne, mourut trois jours après. Il avait reçu une balle de gros calibre dans la région du rein gauche; la balle avait traversé l'abdomen et s'était arrêtée sous la peau d'où elle a été extraite par un médecin en ville. De l'hématurie, du ballonnement du ventre avec sonorité en haut et matité en bas, m'avaient fait diagnostiquer une plaie du rein certaine, et probablement une plaie du côlon descendant. J'étais fortement sollicité par mes internes qui voulaient me faire faire la laparotomie. J'ai résisté, et à l'autopsie nous avons trouvé un épanchement de sang dans le petit bassin, une plaie de la substance du rein, trouée de part en part, et une double plaie du côlon à l'union du côlon transverse avec le côlon descendant. Qu'aurait pu nous donner ici la laparotomie? La possibilité de faire la suture du gros intestin et la nécessité impérieuse d'enlever le rein. Cela aurait-il permis d'obtenir la guérison? On en peut douter quand on étudie le résultat de la néphrectomie par la cavité abdominale. Donc ici encore point d'indication de laparotomie.

Dans les deux autres cas (n°s 1 et 3), il n'y avait point de signes évidents de plaie des intestins, l'occlusion de la plaie abdominale avec une large bande de diachylum a donné une amélioration rapide, et la guérison a été obtenue sans la laparatomie. Est-ce à dire qu'il n'y avait pas de plaie des intestins? Cela est probable, la balle avait pénétré au-dessus de l'ombilic, et les anciens encore nous ont enseigné que ces plaies ne sont pas aussi souvent accompagnées de lésions de l'intestin que les plaies situées au-dessous de l'ombilic. D'ailleurs, dans les deux cas, il n'y avait pas un ballonnement excessif du ventre, le pouls était bon, et il n'y avait pas non plus cet état de stupeur si commun dans les cas de plaies des intestins. Le diagnostic n'indiquait pas de lésions évidentes de l'intestin, le pro-

nostic était favorable, il ne fallait pas songer à la laparotomie.

Vous le voyez donc, en étudiant bien les malades, en faisant un diagnostic aussi rigoureux que possible, et sans trop s'abandonner au hasard, on guérit des plaies pénétrantes de l'abdomen dans une bonne proportion, et les faits, au moins ceux qu'il m'a été donné d'observer, démontrent que les cas où la laparotomie est indiquée et utile sont dans des proportions extrêmement faibles. Aussi, ne saurais-je me rallier à cette théorie toute moderne de la laparotomie exploratrice.

M. Tillaux. Je voudrais dire aussi mon sentiment sur le sujet en discussion. Il est bien entendu, du reste, que nous avons surtout en vue, ici, lorsqu'il s'agit de plaies par armes à feu, les faits observés par les chirurgiens civils, à savoir les lésions produites par les projectiles de petit calibre, les balles de revolver.

Cela étant, il semble que l'opinion de la majorité de nos collègues soit, en pareil cas, celle-ci : quand il n'y a aucune espèce d'accidents, n'agissez pas; quand il y a le moindre accident, agissez.

Mais, que veut dire exactement cette formule? Que doit-on entendre par ces mots « le moindre accident ». Je me figure facilement l'embarras des praticiens qui lisent nos comptes rendus et y cherchent une règle de conduite.

Il me semble qu'à cet égard notre collègue, M. Championnière, est seul logique. Il nous dit, en effet, si vous avez la conviction qu'une balle a pénétré dans le ventre, n'hésitez pas, n'attendez pas un instant, sur-le-champ allez à la recherche des lésions qu'elle a pu produire.

La question, en effet, me paraît devoir être ainsi posée : doit-on dans la pratique donner le conseil d'ouvrir le ventre lorsqu'une balle y a pénétré? Doit-on, au contraire prêcher l'abstention.

J'avoue que la réponse est difficile à faire.

Pour ma part, sans jeter l'anathème sur les partisans de l'intervention quand même, je suis plutôt disposé à la temporisation, et cela pour les raisons suivantes :

1° Il est un certain nombre de blessés qui guérissent, malgré ou à la faveur de l'abstention; cela est incontestable et incontesté.

2° Contre M. L.-Championnière, et comme M. Reclus, je crois à la gravité extrême de ces laparotomies par traumatisme, entraînant de longues recherches, et la mise à nu de tout le paquet intestinal.

3° Et enfin, on ne doit pas oublier qu'on est toujours, avant l'intervention, dans la plus grande incertitude au sujet des lésions que l'on découvrira dans l'abdomen; sera-ce une lésion accessible et curable de l'intestin ou de l'estomac ou de quelques vaisseaux

du mésentère; ou bien, au contraire, une déchirure de la rate, du foie, des reins, restant évidemment en dehors de toute action chirurgicale utile?

A l'appui de cette dernière remarque, je puis vous citer le fait fort intéressant que voici :

Plaie de l'abdomen par arme à feu. Déchirure de la rate et du rein gauche. Pas d'intervention. Mort. (Observation rédigée par M. Demars, interne du service.)

Le nommé Vaur, âgé de 49 ans, journalier, est apporté, le 9 février 1888, à la salle Saint-Côme, et est couché au n° 23; il est dyspnéique, a toute sa connaissance et répond très bien aux questions qu'on lui pose.

Il s'est tiré de la main droite un coup de revolver dans la région du cœur; il est onze heures du soir. La température axillaire est de 38°,5.

Pas de sommeil : la dyspnée continue toute la nuit : des vomissements alimentaires apparaissent.

Le 10 février au matin, l'état du malade s'est aggravé : le pouls est rapide, 120; le ventre est tuméfié; le ballonnement est surtout marqué au niveau de la région épigastrique; les vomissements continuent, ne présentent pas de caractère péritonéal; la soif est intense. Pas de selles. Rétention d'urine. Le facies est normal. On voit, en outre, à 12 ou 13 centimètres au-dessous du mamelon gauche, sur une ligne droite verticale, une plaie large comme un petit pois, entourée d'un cercle noirâtre et d'un second cercle rouge plus excentrique : au centre, se trouve l'orifice circulaire, cet orifice siège entre la neuvième et la dixième côte gauche. La température axillaire reste à 38°,5.

Le soir du 10 février, la dyspnée est plus intense, par suite du ballonnement plus considérable; les flancs et les hypocondres droit et gauche sont soulevés; à la palpation, le ventre est légèrement douloureux. Pas de hoquet. A l'auscultation de la poitrine, on n'entend aucun bruit anormal. Les vomissements continuent. Le thermomètre a monté à 39°,5.

Facies légèrement péritonéal. Pas d'hématémèse. On est obligé de sonder le malade : l'urine est normale et en petite quantité 250 grammes à peine. Pouls, 135. Pas de selle.

La nuit est mauvaise; le malade se plaint, et il meurt doucement sans que les gens de service s'en aperçoivent.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, sur la ligne blanche, on voit les anses intestinales congestionnées et recouvertes d'un liquide sanguinolent; en même temps on voit un exsudat inflammatoire qui indique le début de la péritonite; les anses intestinales (gros et petit intestin) sont distendues, augmentées de volume. On ne voit pas de déchirure apparente.

La balle a suivi un trajet sous-cutané de 3 centimètres, oblique en bas et en dehors; longeant le bord inférieur du neuvième cartilage costal gauche, qui est éraflé, puis est descendue en bas et en dehors, a

Paris. — Société d'imp. PAUL DUPONT (Cl.) 41.5.88. Le Gérant : G. MASSON.

atteint et déchiré l'extrémité supérieure et postérieure de la rate, dans une étendue de 3 centimètres. Ensuite elle a produit une déchirure de 5 centimètres et demi de longueur et quelques millimètres de profondeur, irrégulière, sur l'extrémité supérieure du rein gauche, se prolongeant sur la face antéro-externe : la capsule cellulo-graisseuse est déchirée et remplie de sang. Elle a traversé obliquement le muscle carré des lombes et s'est arrêtée enfin dans la masse sacro-lombaire du côté gauche, presque sous la peau, à trois travers de doigt au-dessus de la crête iliaque, au niveau de l'apophyse transverse de la troisième vertèbre lombaire, en arrière et en dehors de cette apophyse.

Le projectile n'est ni déformé ni aplati ; il a sa forme normale et est du calibre de 7 millimètres (revolver).

Il existe une grande quantité de sang dans toute la cavité abdominale ; elle remplit tout le petit bassin ; ce sang est rouge, liquide, et tache toute la masse intestinale. La vessie, le rein droit, l'aorte, la veine cave inférieure, sont sains. Le diaphragme, les plèvres, le cœur, le péricarde, les poumons, n'ont pas été touchés et sont normaux. L'estomac n'a pas de déchirure. L'intestin grêle et le gros intestin insufflés sous l'eau ne présentent pas de déchirure. Le foie est normal et n'est pas touché.

Je me suis trouvé, en somme, dans ce cas, en présence d'un blessé évidemment atteint d'une plaie pénétrante de l'abdomen, présentant des accidents sérieux, mais dont le caractère ne me permettait d'assigner aux lésions produites par le projectile aucun siège précis. Devais-je faire la laparotomie?

Dans l'incertitude où je me trouvais sur la nature des désordres produits, je ne pus m'y décider. Mon malade mourut.

Sur la table de l'amphithéâtre, le lendemain, je simulai une opération régulière; je fendis la paroi abdominale, comme dans une laparotomie, et je me mis à la recherche de la lésion. Je ne pus la découvrir ainsi. L'intestin exploré était absolument intact. Il fallut agrandir l'incision et faire une autopsie complète. Je pus ainsi reconnaître que la rate et le rein gauche avaient été touchés, et que la balle avait été se loger dans la masse sacro-lombaire gauche. On comprend qu'après pareille constatation, je pus m'applaudir de mon abstention.

Je conclus donc et je dis : ou bien intervenez hardiment et tout de suite, ou bien abstenez-vous; mais pas de demi-mesures.

M. Marc Sée. Dans la dernière séance de la Société de chirurgie, notre collègue, M. Trélat, nous a dit, en terminant son discours, qu'on discutera sans doute encore longtemps la question de savoir quelle doit être la conduite du chirurgien en face d'une plaie de l'abdomen par arme à feu de petit calibre. C'est tout à fait mon avis. L'expectation et le traitement médical doivent-ils être posés

en règle tant que certains accidents, dont on n'a pas nettement spécifié la nature, ne se seront pas déclarés; ou bien faut-il, séance tenante, faire la laparotomie, si l'on a des motifs sérieux de croire que la plaie est pénétrante et qu'un des viscères abdominaux a été lésé ?

Les deux opinions ont été soutenues à cette tribune, avec de bons arguments et des observations à l'appui. Beaucoup de blessés, en effet, ont guéri sans opération, alors même qu'il était à peu près certain que la plaie était pénétrante; un plus grand nombre ont succombé, mais les observations sont publiées avec moins d'entrain. D'autre part, les laparotomies pratiquées dans ces circonstances n'ont pas été souvent suivies de succès; mais il faut reconnaître que la plupart du temps l'opérateur s'est trouvé placé dans des conditions défavorables.

Je n'ai pas la prétention de vous donner la solution du grave problème en discussion. Je désire simplement, en vous rapportant succinctement deux faits que j'ai eu l'occasion d'observer au commencement de cette année, attirer votre attention sur quelques particularités qu'ils ont présentées et vous exposer quelques considérations qui me paraissent d'un certain intérêt.

Mes observations offrent une certaine analogie, en ce sens, que les blessures ont été produites l'une et l'autre par une balle de revolver du calibre de 7 ou 8 millimètres, tirée à très courte distance et restée dans le corps; chez les deux blessés, les circonstances portaient à penser que l'estomac avait été lésé, et tous deux devaient avoir l'estomac vide à ce moment, l'un ayant été frappé à 11 h. 45 m., pendant qu'il faisait route pour aller déjeuner, l'autre vers 4 heures de l'après-midi, c'est-à-dire près de quatre heures après son dernier repas. Le traitement a été expectant chez l'un et l'autre. Et cependant l'un a guéri de sa blessure sans qu'il soit survenu le moindre accident, tandis que l'autre a succombé au bout de cinq jours.

Le premier est un garçon de 28 ans, de belle constitution, qui s'était tiré, à bout portant, un coup de revolver dans le ventre. L'ouverture d'entrée était située dans la région de l'hypochondre gauche, entre la 10e et la 11e côte; elle était entourée de brûlures assez étendues, le coup de feu ayant enflammé les vêtements. Il n'y avait pas d'ouverture de sortie. Remis de ses premières émotions, le blessé avait été porté à la Maison de santé, où il fut pris d'un vomissement copieux de sang pur. Cette hématémèse calmée, on appliqua sur la plaie de la gaze iodoformée maintenue par du collodion. Ce pansement resta en place pendant trois jours et fut ensuite remplacé simplement par de la poudre de sous-nitrate de bismuth. Diète absolue de liquides et de solides; petits fragments de glace à longs intervalles pour calmer un peu la

soif, et potion opiacée, par petites cuillerées à café, pour procurer du sommeil. Sur le ventre, couche épaisse d'ouate, tenue en place par un bandage de corps peu serré.

La suite de l'observation est aussi simple que possible : le vomissement sanguin ne se reproduisit pas; le ventre resta souple et presque indolent dans toutes ses parties; à peine quelques douleurs peu accentuées tantôt sur un point, tantôt sur un autre. Un léger ballonnement du ventre persista les premiers jours, jusqu'à ce qu'un lavement purgatif eût procuré une selle très copieuse, n'offrant rien de particulier. Jamais il n'y a eu de fièvre, et la température qui, le deuxième jour, s'était élevée à 37°,8, descendit le lendemain à 36°,8, pour osciller ensuite entre 37 et 37°,8.

La plaie, qui donnait issue, à chaque pansement répété à intervalles de deux ou trois jours, à un peu de sang noir, se cicatrisa régulièrement sans provoquer la moindre inflammation au pourtour. Les brûlures furent un peu plus longues à guérir, la portion superficielle du derme ayant été escarrifiée. Néanmoins, elles étaient complètement cicatrisées quand le blessé quitta la Maison de santé, six semaines après son entrée.

En présence de l'hématémèse formidable qui a suivi presque immédiatement le coup de feu, peut-on mettre en doute que le projectile ait perforé l'estomac? Je ne le crois pas. Mais, comme un calme absolu avait succédé à ce vomissement, et comme, à partir de ce moment, aucun phénomène alarmant ne s'était manifesté jusqu'à l'heure où je vis le blessé, le lendemain matin, c'est-à-dire pendant dix-sept heures, je n'eus pas un seul instant l'idée d'intervenir chirurgicalement, et mon rôle se borna à surveiller mon malade. Je ne pense pas que les plus chauds partisans de la laparotomie eussent agi différemment.

Les faits de ce genre ne sont pas si rares qu'on l'a dit : j'en ai moi-même rassemblé de nombreux exemples récents, qu'il est inutile de rapporter ici.

Mais il en est d'autres, plus nombreux encore, si j'en crois mon impression, où les résultats de l'abstention ont été funestes, soit que les accidents mortels aient fait explosion, pour ainsi dire, peu d'heures après la production de la lésion, soit qu'après une période plus ou moins longue d'un calme apparent, propre à donner les meilleures espérances, la scène changeât d'aspect par degrés insensibles, pour aboutir, en définitive, au même dénoûment fatal.

J'ai éprouvé cette déception chez mon second blessé.

C'était un homme d'une quarantaine d'années, qui avait reçu un coup de revolver dans la portion supérieure de la région lombaire gauche, à 4 centimètres de la ligne médiane. Un pansement occlusif au collodion iodoformé avait été appliqué sur la plaie presque immédiatement

après. Je vis le malade à peine une demi-heure plus tard. Il avait repris tout son calme, n'éprouvait aucune douleur, et se plaignait seulement d'un peu de gêne de la respiration. Le pouls battait 120 fois par minute; la température était de 38°,2. Dans la nuit, il fut un peu agité et on lui pratiqua une petite injection hypodermique de morphine. Le lendemain se passa sans incident notable: le thermomètre était revenu à 37°, le pouls à 96. Mais dans la nuit, à 1 heure du matin, le blessé rendit en vomissement un litre environ d'un liquide noir, tenant en suspension une foule de filaments muqueux de même couleur. Ce liquide, d'une odeur fade, avait une réaction nettement acide; examiné au microscope, il ne présentait aucun globule sanguin reconnaissable. Les vomissements se renouvelèrent le troisième jour, avec les mêmes caractères, la température restant toujours à 37°, tandis que le pouls était remonté à 100. La langue, d'ailleurs, était bonne, un peu blanche, humide, le ventre peu sensible à la pression, mais un peu distendu par des gaz. Le malade, que tourmentait une soif ardente, avait des nausées fréquentes, et ne trouvait un peu de soulagement que dans les moments qui suivaient les vomissements. Un lavement purgatif, administré dans la journée, procura une selle copieuse, sans mélange de sang, et une évacuation abondante de gaz, ce qui amena un calme très notable. Le ventre restait cependant distendu et la soif très vive. La nuit fut très bonne, grâce à une petite injection de morphine.

Le quatrième jour, en palpant attentivement le ventre, on sentit, en avant et à gauche de la ligne médiane, un petit corps dur et sphérique, qui était manifestement la balle, arrêtée sous la peau. Cette journée fut satisfaisante : les vomissements s'étaient arrêtés, et il n'y avait plus que quelques petites éructations; le ballonnement était moindre. Le pouls, large et plein, était descendu à 90 battements, puis à 80, le thermomètre marquant 37°, 4 et 37°, 2. Le blessé accusait seulement une *douleur passagère dans la fosse iliaque droite.*

Cet état se modifia peu le jour suivant, bien que la nuit eût été sans sommeil. Il est à remarquer, cependant, que la température, qui, le matin, n'était que de 37°,4, monta le soir à 38°, tandis que le pouls, qui était d'abord à 100, descendait à 92. Du reste, persistance de la soif, des éructations, mêlées d'un peu de liquide noirâtre, et de la distension de l'abdomen.

Le sixième jour, enfin, après une nuit assez bonne, je trouvai le malade sans grand changement à 8 heures du matin. La température axillaire était toujours de 38°, mais le pouls battait 110 fois par minute. Malgré quelques gorgées de champagne frappé qu'avait avalées le malade, les régurgitations persistaient; le ventre était distendu au même degré, ne présentant, d'ailleurs, ni douleur ni dureté en aucun point. Je me décidai à pratiquer un lavage de l'estomac. La sonde évacua une grande quantité de liquide noirâtre; le lavage fut fait avec de l'eau de Vichy; il en résulta un certain soulagement pour le blessé. Néanmoins, dans le reste de la journée, la température et la fréquence du pouls ne cessèrent de s'élever : à 8 heures du soir, le thermomètre marquait

39°,5, le pouls était à 120. Enfin le blessé mourait presque subitement à 11 heures du soir : sa température était alors de 40°,2.

A l'autopsie on constata que le projectile avait traversé l'abdomen obliquement en bas et en avant, et s'était arrêté sous la peau de la paroi antérieure de l'abdomen, à gauche de la ligne médiane et un peu au-dessus de l'ombilic, qu'il avait passé à travers le muscle psoas, puis troué le mésentère et une anse de la portion supérieure du jéjunum. Les deux perforations de l'intestin étaient petites et occupées par la muqueuse intestinale boursouflée ; mais une légère pression suffisait pour faire sortir les liquides du tube digestif. La fosse iliaque droite et le petit bassin contenaient une petite quantité d'un sang noirâtre liquide et poisseux, sans caillots. Point d'épanchement de matières intestinales dans le péritoine ; pas de péritonite ; à peine quelques rudiments de fausses membranes au voisinage des ouvertures de l'intestin.

De quoi est mort notre blessé ? Ce n'est certainement ni d'hémorrhagie, ni de péritonite, ni d'infection purulente, ni de maladie intercurrente. La cause de la terminaison funeste me paraît être une infection putride lente, déterminée par les gaz que les plaies de l'intestin versaient dans la cavité péritonéale. Ces gaz, chargés de principes putrides, ont à leur tour provoqué la décomposition du sang épanché dans le péritoine, ainsi que de la sérosité sécrétée par la séreuse, et c'est la résorption de toutes ces matières putréfiées qui a amené cette intoxication graduelle à laquelle le malade a succombé. Cette intoxication, comme on l'a vu, s'est faite sans augmentation notable de la température, si ce n'est à l'approche de la mort, et cette fixité du thermomètre pouvait donner des espérances qui ne devaient pas se réaliser. Mais les variations du pouls, dont la fréquence n'était point en concordance avec l'élévation de la température, étaient de nature à inspirer de graves inquiétudes.

Les lésions trouvées à l'autopsie, on le reconnaîtra, n'étaient pas, dans ce cas, au-dessus des ressources de l'art. Le blessé aurait donc pu être guéri, si l'on était intervenu de bonne heure, en suturant les plaies de l'intestin et en faisant la toilette minutieuse et la désinfection de la cavité péritonéale.

Mais, bien que ce soit ma conviction intime que les projectiles lancés à petite distance par nos armes perfectionnées se laissent rarement, si ce n'est jamais, dévier de leur trajet rectiligne par des plans aponévrotiques ou musculaires, voire même par les os qu'ils rencontrent sur leur passage, je ne pouvais, cependant, en l'absence de tout symptôme indiquant la lésion d'un viscère, me défendre de l'idée que la balle s'était arrêtée dans la masse sacrolombaire, ou qu'elle avait cheminé dans l'épaisseur des parois de l'abdomen, sans pénétrer dans sa cavité.

Bien rares, en effet, sont les faits où l'on a constaté qu'une balle avait traversé le ventre sans toucher à aucun viscère, et la plupart de ces faits manquent des détails nécessaires pour être admis d'emblée. Il est donc permis d'affirmer, sans risque sérieux d'être démenti, que toute plaie pénétrante de l'abdomen se complique invariablement de la lésion d'un ou de plusieurs des vicères qui s'y trouvent contenus. Laissant de côté les cas où les vomissements de sang et d'aliments, l'écoulement par la plaie de matières intestinales, de bile, urine, etc., rendent le diagnostic facile, le seul problème qui s'impose au chirurgien, en l'absence de ces signes certains est donc de savoir si la plaie est ou non pénétrante. Et si ce problème présente, dans la majorité des cas, des difficultés insurmontables, cela tient principalement à ce qu'on s'est imposé la loi de s'abstenir de toute exploration directe du trajet de la balle.

C'est contre cette loi que je veux protester. Autant je la crois justifiée et salutaire quand il s'agit d'une plaie de tête ou de poitrine, autant elle me paraît funeste et inopportune dans un cas de plaie de l'abdomen. Quels sont, en somme, ces accidents effroyables dont on nous menace, si nous avions l'imprudence de pousser une sonde ou un instrument mousse quelconque, rendu parfaitement aseptique, dans le canal creusé par la balle ? Nous risquerions, dit-on, de déplacer un caillot sanguin et de renouveler une hémorrhagie qu'il avait arrêtée. M'est avis que ce fait a été rarement observé et que cette objection est purement théorique. Qui ne sait, d'ailleurs, combien est précaire ce genre d'hémostase quand il se produit dans un milieu non aseptique, et combien, dans ces conditions, sont fréquentes les hémorrhagies secondaires. Craindrait-on de rompre des adhérences protectrices qui auraient commencé à se former et de provoquer ainsi un écoulement de matériaux putrescibles dans la cavité péritonéale? Mais, si l'on agit de très bonne heure, et c'est ce que je voudrais que l'on fît dans tous les cas, ces adhérences salutaires n'existent encore à aucun degré ; et si l'on ne peut intervenir qu'au bout d'un certain temps, l'exploration pourra toujours être faite assez délicatement pour ne détruire aucune adhérence. Il est, du reste, parfaitement inutile de pousser l'instrument très loin dans la cavité abdominale; il suffit de l'engager assez profondément pour être certain qu'il a traversé toute l'épaisseur de la paroi, puisqu'il doit nous apprendre seulement si la plaie est pénétrante ou non.

Que si un chirurgien avait une répugnance invincible à introduire une sonde dans le trajet d'une balle, qu'est-ce qui l'empêcherait d'inciser couche par couche jusqu'au péritoine, à partir de l'orifice d'entrée, pour s'assurer si la séreuse est intacte ou perforée. Cette incision, facile quand le coup de feu a porté sur la paroi

abdominale antérieure, peut-elle ajouter quoi que ce soit à la gravité de la blessure? Et qui ne voit qu'elle aurait l'immense avantage, dans les cas où le doute subsiste, de fixer définitivement le diagnostic et de guider sûrement le traitement? Le chirurgien n'aura plus alors à attendre anxieusement le développement des premiers symptômes graves, c'est-à-dire le moment où son intervention sera presque toujours inutile. Ce second mode d'exploration, il est vrai, n'est pas applicable quand l'orifice d'entrée est situé dans un des hypochondres, ou en arrière, dans la région lombaire. Mais, en tout état de cause, il est d'une si haute importance pour le chirurgien d'être exactement renseigné sur la direction et la profondeur du trajet, qu'il ne devra rien négliger, à mon avis, pour s'en assurer; attendu que, du même coup, il prend une idée très nette sur le siège probable de la lésion viscérale, ce qui lui permettra, dans le cas où il se déciderait à faire la laparotomie, de restreindre dans des limites assez étroites, le cercle des recherches nécessaires pour ne laisser échapper aucune lésion.

Le second fait que j'ai esquissé montre également le grand intérêt qu'il y a à ne pas confondre l'épanchement de gaz dans la cavité péritonéale avec la tympanite proprement dite ou distension gazeuse des intestins. Dans celle-ci le développement du ventre est inégal, variable d'un moment à l'autre, les anses dilatées formant des reliefs cylindriques, appréciables à la vue et au toucher; le foie et la rate peuvent être refoulés plus ou moins en haut, mais la percussion donnera toujours un son mat à leur niveau. Il n'en est pas de même quand les gaz remplissent la cavité péritonéale; la forme du ventre est alors invariable, régulièrement arrondie, sans bosselures limitées, et la paroi abdominale antérieure est sonore à la percussion sur tous les points, même au-devant du foie et de la rate.

Cette observation prouve, enfin, que des vomissements répétés de sang plus ou moins altéré ne sont pas un indice certain d'une lésion de l'estomac et que les liquides versés par une plaie de l'intestin peuvent remonter dans ce dernier et s'y accumuler jusqu'au moment où ils sont rejetés au dehors. L'époque tardive où ces vomissements ont commencé chez mon malade aurait peut-être dû me mettre sur la voie du diagnostic.

Communication.

Six cas de salpingo-ovarite traités par la laparotomie, avec extirpation des annexes. — Guérison,

Par M. Bouilly.

Pour ne pas abuser des moments de la Société, je donnerai en résumé l'histoire de six cas de salpingo-ovarites que j'ai traités par la laparotomie avec extirpation des annexes. Les observations détaillées seront insérées dans un travail plus étendu que je prépare sur ce sujet.

Dans ces six cas, il s'agit de femmes jeunes, dont l'âge est compris entre 27 et 35 ans.

Dans quatre cas, la cause des accidents peut être manifestement attribuée à un accouchement et à des phénomènes de septicémie puerpérale plus ou moins accentués, s'étant traduite soit par de la fièvre après l'accouchement, soit par des douleurs abdominales plus ou moins persistantes. Dans un cas, il n'y eut jamais de grossesse; six mois après son mariage, la malade eut des phénomènes de péritonite après une injection froide prise immédiatement après le coït, et les accidents semblent avoir continué depuis cette première poussée péritonéale. Dans un deuxième cas, où il n'y eut ni grossesse ni fausse couche, la cause resta indéterminée.

Chez toutes ces malades, l'évolution des accidents a été lente, et l'opération a été pratiquée longtemps après leur début; à ce point de vue, les observations donnent les chiffres suivants : l'une des malades fait remonter les accidents à quatorze ans; de même chez une autre, une poussée d'ovarite est diagnostiquée et soignée par Gintrac, de Bordeaux, quatorze ans auparavant et un phlegmon iliaque se produit il y a quatre ans; chez deux malades les accidents douloureux remontent à six ans et six ans et demi; une cinquième a eu une première poussée de péritonite il y a neuf ans, et enfin la sixième opérée fait remonter ses douleurs à un an seulement, après un accouchement suivi d'accidents septiques qui l'ont retenue deux mois et demi à l'hôpital. Ce qui caractérise essentiellement cette longue évolution, c'est l'alternance de périodes relatives de calme et de santé passable avec des poussées inflammatoires douloureuses ayant le caractère d'inflammations péritonéales, et pendant lesquelles on diagnostique soit de la péritonite, soit un phlegmon péri-utérin, soit une ovarite. Cliniquement, ces poussées se traduisent par des douleurs abdominales, du ballonnement du ventre, des nausées, quelquefois des vomisse-

ments, de la fièvre, un état général plus ou moins grave, et parfois le développement d'une tuméfaction dans l'une des fosses iliaques. C'est la phase pendant laquelle, en général, nous ne sommes pas appelés à voir ces malades ; elles sont soignées médicalement chez elles ou à l'hôpital dans les services de médecine.

Le mode de début est variable : tantôt une péritonite subaiguë, tantôt une poussée septique succédant à un accouchement, tantôt une apparence de phlegmon iliaque représente la première scène de l'évolution. D'autres fois, des douleurs abdominales s'installent sourdement, exaspérées de temps à autre par les poussées aiguës caractéristiques. Je n'ai pas encore observé de cas dans lesquels j'aie pu suivre d'une façon évidente la propagation de l'infection de l'utérus jusqu'aux trompes ; cette phase me paraît devoir souvent échapper à l'observation.

Quel que soit le mode de début, une fois la lésion installée, le malaise abdominal et général commence avec elle : les femmes ainsi atteintes *sentent toujours leur ventre*. La plupart ne reprennent jamais une santé véritable ; la marche, les efforts, les secousses de toute nature, retentissent douloureusement dans l'abdomen ; les poussées douloureuses, paroxystiques, plus ou moins fréquentes, les condamnent huit, dix, quinze jours par mois dans le lit, ou leur infligent chaque année et à des périodes irrégulières des séjours de deux à trois mois au lit ou à la chambre. L'état général s'altère ; souvent une fièvre irrégulière, peu intense, 38 à 38°,5, s'établit, laissant de la fatigue, de l'abattement, de l'inappétence ; la constipation est presque la règle, alternant de temps à autre avec des selles muqueuses et dysentériformes ; des douleurs névralgiques variées envahissent les aines, les cuisses, la région intercostale, et revêtent souvent le caractère de la névralgie lombo-abdominale ; les malades deviennent nerveuses, irritables, et leur existence devient difficile pour elles-mêmes et pénible pour leur voisinage.

La menstruation me paraît rarement influencée ; dans mes observations, cinq fois elle se faisait d'une façon régulière et sans exagération dans son abondance ; dans un cas les règles n'avaient jamais reparu depuis le dernier accouchement, ayant eu lieu dix mois auparavant. En général, l'apparition des règles amène une exacerbation dans les symptômes douloureux, et plusieurs de mes malades étaient obligées de garder le lit pendant toute leur durée, se recouvrant le ventre de cataplasmes chauds et de divers topiques destinés à calmer la douleur. Dans un cas, au contraire, les douleurs diminuaient pendant toute la durée de l'époque et ne reparaissaient que dix jours plus tard, pour augmenter jusqu'à la période suivante.

Une fois seulement il est noté qu'il existait une leucorrhée abondante : celle-ci devait être rapportée à une ancienne déchirure du col consécutive à un accouchement.

Trois fois j'ai noté des écoulements purulents se faisant par diverses voies : une fois, j'ouvris, quatre mois avant l'opération, un abcès du bassin, au-dessus de l'arcade crurale droite ; abcès dont je méconnus l'origine à cette époque, et qui n'était autre qu'une péritonite enkystée consécutive à une suppuration de l'ovaire que démontra plus tard l'ablation des annexes ; dans un autre cas, du pus s'écoulait en grande quantité par le rectum depuis quatre mois ; enfin, dans un dernier cas, il se faisait par l'utérus lui-même un abondant écoulement de pus. Ces suppurations ouvertes à l'extérieur sont de la plus haute importance au point de vue du diagnostic et des indications.

En dehors des commémoratifs, des troubles douloureux abdominaux, des poussées inflammatoires du côté du bassin, les éléments certains du diagnostic de la salpingite ou de la salpingo-ovarite ont toujours été fournis chez mes malades par des signes physiques sur lesquels j'appellerai rapidement l'attention.

Sauf dans un cas, le volume du ventre n'était pas augmenté à la vue ; dans cette seule observation, il existait dans la fosse iliaque gauche une saillie visible comme dans un petit kyste ovarique.

La palpation seule a nettement indiqué dans quatre cas la présence d'un empâtement ou d'une collection dans l'une des fosses iliaques ou dans les deux à la fois ; combinée avec le toucher vaginal elle permet de circonscrire entre le doigt vaginal et la main hypogastrique une masse dure ou résistante suivant les cas. Dans deux cas, ce n'est que grâce à la combinaison de ces deux moyens d'exploration que j'ai pu saisir entre les doigts les annexes augmentées de volume, et encore, dans un cas, ai-je dû employer l'anesthésie, pour palper la tuméfaction à travers la paroi abdominale.

Le toucher vaginal seul donne des renseignements précieux, et les données fournies par ce moyen sont d'autant plus précises que les lésions sont moins avancées ; il permet en effet de sentir à travers les culs-de-sac, le plus souvent en arrière, empiétant plus ou moins sur un des côtés, soit la trompe, soit l'ovaire augmentés de volume, le plus souvent la trompe. Quand il n'y a pas eu de phénomènes très accentués du côté du péritoine rétro-utérin, les culs-de-sac sont conservés et souples, et les organes peuvent être explorés isolément ; le col est senti isolément et séparé des organes adjacents par un petit sillon dans lequel on peut insinuer ou la pulpe du doigt ou l'ongle. Ce même col est encore mobile, et

l'utérus tout entier peut subir de faibles déplacements. Dans les cas, au contraire, où il existe une péritonite péri-utérine avancée et où l'on constate de grosses tuméfactions dans la fosse iliaque, l'utérus est moins facile à isoler par l'examen; les culs-de-sac sont moins profonds, sans être jamais tout à fait comblés ; ils sont résistants ; et, dans ces cas, la main appliquée sur la fosse iliaque peut faire descendre davantage les tuméfactions vers le doigt vaginal, et même lui donner une sensation plus ou moins nette de fluctuation.

Dans quelques cas, même avec une grosse tuméfaction iliaque, les culs-de-sac sont libres, et ce n'est qu'en poussant le doigt très haut, pendant que la main abdominale déprime la paroi, que l'on peut sentir la tuméfaction sur l'un des côtés de l'utérus. Il peut se faire, en pareil cas, si la tuméfaction est unilatérale, que le corps utérin soit refoulé du côté opposé, et le col dévié en sens inverse.

Enfin, deux fois, j'ai senti dans les culs-de-sac latéraux le battement vaginal que l'on donne comme caractéristique des inflammations péri-utérines.

Ces divers modes d'exploration réveillent, en général, une assez vive douleur ; celle-ci est surtout provoquée par la pression abdominale, au moment où la main est appliquée sur la paroi, dans la région malade, et si elle en est soulevée brusquement ; le retour de la paroi déprimée détermine une douleur profonde. Le toucher vaginal est surtout douloureux quand le doigt atteint un ovaire prolabé et adhérent; dans ce cas, la douleur est exquise ; elle est moins vive quand, au-dessus des culs-de-sac, il y a des masses résistantes anciennes, ou quand le doigt se contente de parcourir les culs-de-sac sans les refouler par en haut.

Les mêmes renseignements sont à peu près fournis par le toucher rectal ; dans deux cas, le doigt introduit dans le rectum m'a permis de sentir la fluctuation plus nettement que par le vagin ; le fait s'explique par l'inclinaison latérale plus grande que peut prendre le doigt dans l'intestin.

Je dis, en terminant cette courte revue symptomatique, que, dans tous les cas que j'ai observés, alors même que les signes ne donnaient d'indications précises que pour un *seul côté*, les annexes ont été trouvées malades des *deux côtés*, soit à peu près au même degré, soit à des degrés différents.

Je n'ai pas besoin de dire que, dans certains cas, le diagnostic de la nature des lésions constatées par les signes physiques peut donner lieu aux plus grandes difficultés. Pour ne rappeler que des faits de ma pratique, deux fois j'ai fait la laparotomie, croyant avoir affaire à une affection chronique des annexes, alors que, dans un cas, il s'agissait de fibromes péri-utérins infiltrés

dans les ligaments larges et dans le tissu cellulaire du bassin, et, une autre fois, de deux kystes dermoïdes de l'ovaire suppurés. Dans les deux cas, on trouvait tout le complément symptomatique caractéristique de la salpingo-ovarite ; dans le premier cas, l'erreur eût peut-être été évitée par le cathétérisme de l'utérus, qui aurait fait constater l'élongation de la cavité ; dans le deuxième cas, elle était inévitable, et, du reste, elle n'était en rien préjudiciable, puisque la conduite à suivre était la même et fut de même couronnée d'un plein succès.

La laparotomie, dans le cas de fibrome infiltré, fut également avantageuse et me donnera l'occasion d'une autre communication.

Dans les six cas dont j'ai rapporté sommairement l'histoire clinique dans ses traits les plus saillants, j'ai enlevé, par la laparotomie, les annexes malades, cinq fois des deux côtés, une fois d'un seul côté, à gauche ; les annexes droites, prises dans de solides adhérences, n'ayant pu être découvertes ni amenées à l'extérieur.

La laparotomie a toujours été faite sur la ligne médiane ; elle a été deux fois rendue difficile par la résistance de la paroi chez des femmes n'ayant jamais eu de grossesse. A travers une incision petite, de 8^{c} maximum, après fixation des deux lèvres du péritoine pariétal par des pinces à forci-pressure, la main ou deux doigts introduits dans l'abdomen vont à la découverte des organes malades. S'il existe des parties kystiques ou des collections volumineuses, elles sont vidées avec un trocart ; je n'ai pu exécuter cette manœuvre qu'une seule fois ; dans les autres cas, les poches étaient trop adhérentes pour être amenées vers les lèvres de l'incision, et il a toujours été nécessaire de faire leur éradication, avant de pouvoir les ponctionner à l'aveuglette dans la profondeur.

Je ne décris pas ici cette ablation, qui a été pratiquée par beaucoup de nos collègues ; je rappelle seulement que cette opération n'a rien de comparable avec l'extirpation d'un kyste de l'ovaire de même volume que celui des annexes malades ; la masse à enlever est, dans la plupart des cas, intimement adhérente aux organes voisins ; elle est enfoncée et immobilisée dans des fausses membranes, et le doigt qui la rencontre a la sensation que la masse à enlever fait corps avec les parois de l'enceinte pelvienne et ne saurait en être détachée. Il faut donc une certaine habitude, et je dirai une certaine hardiesse, pour attaquer peu à peu avec un ou deux doigts la périphérie des organes, les décoller centimètre par centimètre, les attirer à l'extérieur, et peu à peu les pédiculiser. Les adhérences sont surtout intimes aux parois antérieure et inférieure du bassin, et l'épaississement et le raccourcissement du ligament large et du ligament infundibulo-pelvien créent de sérieuses difficultés pour l'énucléation.

Les adhérences avec l'intestin sont plus rares ; je n'en ai rencontré de sérieuses que dans un cas, où j'ai dû isoler l'S iliaque assez péniblement sur plusieurs centimètres de longueur. Je pourrais signaler, à ce propos, la sensation trompeuse donnée par une anse intestinale à paroi épaissie et adhérente, sensation qui pourrait faire croire que l'on tient un ovaire induré. La vue, dans ce cas, doit contrôler le toucher.

Les parties sont extraites, recouvertes de fausses membranes péritonéales et de petits lambeaux de péritoine déchiré.

Trois fois, pendant les manœuvres, des collections se sont rompues dans l'abdomen ; une fois, il s'agissait d'un liquide limpide, d'apparence kystique ; une fois, de pus véritable qui, chez une opérée, était horriblement fétide. Un grand lavage immédiat de l'abdomen à l'eau bouillie, et même la terminaison de l'opération sous un courant de cette eau, permet de ne pas attacher une grande importance à cet incident, que je n'ai pas vu avoir de suites fâcheuses.

Le suintement sanguin m'a paru toujours très modéré, et il s'arrête facilement avec une irrigation d'eau chaude vers 45 à 47°.

Les tumeurs pédiculisées ont toujours été enlevées au ras de l'utérus après double ligature à la soie phéniquée, en ayant soin, autant que possible, d'abraser tout le tissu ovarien.

L'opération a été assez laborieuse dans cinq cas ; dans un seul, où les organes étaient peu augmentés de volume et maintenus par de faibles adhérences, elle a été vraiment facile et presque comparable à une castration normale.

Les derniers temps consistent dans le lavage soigné du bassin à l'eau bouillie jusqu'à ce que le liquide ressorte clair et sans entraîner aucune parcelle, et dans la suture superficielle et profonde de la paroi.

Deux fois, dans les opérations où du pus s'était répandu dans l'abdomen, j'ai fait le drainage du péritoine avec un gros drain en caoutchouc rouge retiré au bout de quarante-huit heures.

La durée moyenne de toutes ces opérations a été de 40 à 45 minutes, suture et pansement compris. On peut, avec l'habileté que donne l'habitude, arriver, je crois, à une plus grande rapidité.

Les résultats immédiats sont simples et de tout point comparables à ceux d'une ovariotomie de moyenne gravité ; le choc opératoire est très peu prononcé ; les malades se réveillent vite et souffrent peu, et, sur les 6 opérées, je ne relève que deux fois, comme maximum de la température, 38°,4 et 38°,6, le soir, pendant un jour seulement. La miction spontanée s'est rétablie le lendemain ou le surlendemain de l'opération, et plusieurs des malades n'ont jamais été sondées. Une selle est généralement pro-

voquée le quatrième jour; la circulation des gaz et leur excrétion par l'anus a eu lieu le deuxième ou le troisième jour.

Dans un cas, chez la malade dont la collection était ouverte dans l'intestin, il se produisit sans fièvre, avec une température moyenne de 37°,6, une péritonite localisée, et, au sixième jour, un abcès stercoral s'ouvrit au milieu de la ligne de réunion. Il s'établit une fistule fécale avec écoulement très abondant de liquide intestinal, vert et mousseux, provenant sans aucun doute de l'intestin grêle ; cet écoulement persista pendant trois semaines et se tarit spontanément avec la cicatrisation de l'incision abdominale; et pourtant, pendant quelques jours, il fut assez abondant pour que la totalité des matières fît issue par la fistule, sans aucune excrétion par le rectum.

Sauf cette malade, toutes les opérées ont pu être considérées comme guéries de leur opération au bout de huit jours, moment de l'ablation des fils. Dans 3 cas, la suppuration de quelques points de la suture a retardé la convalescence de dix à douze jours.

Les malades, dont la plaie abdominale n'a pas suppuré, ont pu se lever trois semaines après leur opération et sortir à la quatrième ou à la cinquième semaine; une des malades, opérée le 24 novembre dernier, sort en parfait état le 21 décembre, moins d'un mois après l'intervention. Quatre fois, les règles sont apparues dans les trois premiers jours qui ont suivi l'opération, pour cesser, en moyenne, dans les quatre jours suivants. Chez une seule de mes opérées, les époques ont continué d'une façon régulière ; chez toutes les autres, elles ont complètement disparu. Chez deux, il s'est produit, à plusieurs reprises, à l'époque présumée des règles, une congestion de la face, avec épistaxis assez abondante; la première de ces malades, après être restée six mois sans voir, a eu, dans le commencement de novembre 1887, une hémorrhagie utérine assez abondante qui a duré huit jours et qui ne s'est pas reproduite depuis ce moment.

Une des dernières opérées se plaint de quelques bouffées de chaleur à la tête et a perdu, ces jours derniers, un peu de sang par l'anus.

Je puis aujourd'hui donner des renseignements précis sur les suites éloignées de l'opération chez ces diverses malades : cinq des opérées présentent une guérison absolue, c'est-à-dire qu'elles n'éprouvent plus aucune des douleurs qui avaient nécessité l'intervention; elles vont, viennent, se livrent à leurs occupations et traduisent leur état d'une façon saisissante en disant : « qu'elles ne sentent plus leur ventre ». C'est, pour ces femmes, une existence toute nouvelle. Ce résultat n'est pas obtenu dès les premiers temps qui suivent l'opération; chez ces malades anémiées, dyspeptiques,

nerveuses, souffrant depuis des années, il faut quelques semaines ou même plusieurs mois pour qu'elles retrouvent l'équilibre de leurs fonctions et le retour complet à l'état normal.

En outre, dans les cas où les lésions des annexes étaient arrivées jusqu'à la suppuration, l'opération n'a pas eu seulement pour résultat de supprimer les douleurs, mais elle a sauvé les malades d'un grand danger, lié à la présence d'une collection de pus dans la cavité péritonéale; et chez ces opérées, la santé générale se trouve absolument transformée par la suppression simultanée de la douleur et de la suppuration.

Quand on examine ces malades quelque temps après l'opération, on trouve l'abdomen tout à fait indolent, et les culs-de-sac complètement libres et insensibles; l'utérus est mobile, et il serait impossible de soupçonner et les anciennes tuméfactions et l'opération faite pour les enlever.

Chez la première de mes opérées, il persiste un état vague de malaise abdominal; il se produit des phénomènes fréquents de névralgie lombo-inguinale, avec irradiation douloureuse vers la cuisse et la colonne vertébrale. Cette malade a conservé ses règles, et leur retour est toujours une cause d'aggravation dans les malaises et les douleurs. Je suis porté à croire que ces retours de sensibilité et de congestion abdominale doivent être mis sur le compte de l'ancienneté de la lésion au moment de l'opération (13 ans), et peut-être de la présence d'adhérences péritonéales anciennes. Mais il n'en est pas moins vrai que d'une infirme et d'une femme menacée dans son existence, l'opération a refait une femme valide et bien portante, ayant repris fraîcheur et embonpoint et menant à peu près la vie commune.

Les lésions qui ont justifié l'intervention chirurgicale dans ces divers cas peuvent se résumer de la façon suivante :

1° *Salpingo-ovarite suppurée à droite.* — L'ovaire est transformé en une masse du volume d'une mandarine, infiltrée de foyers purulents par places, les uns remplis de pus liquide, phlegmoneux, les autres de pus filant et visqueux. A gauche, la trompe, très augmentée de volume, contient du pus entre deux rétrécissements; l'ovaire est scléreux.

2° *Pyo-salpingite double.* — Les trompes représentent deux volumineux boudins, gros environ comme le pouce au moins. Les deux ovaires sont kystiques et volumineux; le kyste gauche est gros comme une tête de fœtus à terme; le liquide est limpide. A droite, le kyste, tombé dans le cul-de-sac postérieur, est gros comme le poing.

La paroi de ces kystes est infiltrée de tissu embryonnaire, avec tendance à la transformation purulente par places.

3° *Salpingite double catarrhale végétante* (examen par le professeur

Cornil). — Les ovaires sont scléreux et polykystiques. Ces annexes sont peu augmentées de volume.

4° *Pyo-salpingite double.* — Les lésions étaient beaucoup plus avancées que ne le faisait prévoir l'examen clinique.

5° *Pyo-salpingite à droite.* — La collection purulente a le volume du poing et est très adhérente aux parties voisines; elle est formée par la trompe, énormément dilatée dans sa partie terminale et très amincie. Il y a une ouverture dans l'intestin, démontrée par des selles purulentes, non trouvée au moment de l'opération. A gauche, la trompe, très augmentée de volume, grosse comme le pouce, contient un liquide muco-purulent.

6° *Ovarite suppurée à gauche.* — L'ovaire est gros comme un fort poing d'adulte, et la fluctuation pouvait être nettement perçue en combinant le toucher vaginal et la palpation hypogastrique. La trompe est atteinte de salpingite catarrhale et interstitielle; elle a le volume du petit doigt et adhère intimement à l'ovaire malade. A droite, les annexes, perdues dans des fausses membranes et adhérentes à l'intestin (?) n'ont pu être trouvées.

Dans tous les cas, les organes malades étaient entourés de fausses membranes ou de coques de péritonite adhésive plus ou moins solide, et avaient perdu leurs rapports normaux, soit entre eux, soit avec les organes voisins.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que : 1° d'une part, les lésions trouvées pendant l'opération; 2° d'autre part, les résultats très favorables, immédiats et consécutifs, fournis par cette opération, justifient de tous points cette intervention, et nous encouragent vivement à marcher dans cette voie.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,
CH. MONOD.

Séance du 18 avril 1888.

Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications médicales de la semaine;

2° Le Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale des médecins de France pendant l'année 1887, par le Dr RIANT;

3° Le Rapport sur la situation financière de la même association, par le Dr BRUN, trésorier;

4° Une lettre de M. le Dr LONGY (d'Eygurande), remerciant la Société de sa décision en faveur de l'érection d'un monument en l'honneur du baron ALEXIS BOYER.

Rapport.

Considérations sur certains faits intéressants observés dans un cas de suicide par arme à feu, ayant produit une plaie pénétrante de l'abdomen, par le Dr E. TARTIÈRE, médecin-major,

Rapport par M. CHAUVEL.

La discussion qui s'est élevée à propos de l'intéressante communication de M. Berger rend manifestement opportune la publication de l'observation qui nous a été envoyée par notre collègue de l'armée.

OBSERVATION. — Le 30 janvier 1887, le Dr Tartière est appelé près de M. S..., homme de 29 ans, robuste, qui venait de se tirer un coup de feu dans la poitrine, avec le revolver d'ordonnance (calibre 11^{mm}). Le blessé, faible, la voix presque éteinte, se plaignait de vives douleurs vers la région cardiaque. Sa chemise présentait une ouverture à bords noirâtres, correspondant à une plaie du côté gauche du thorax, dans le huitième espace intercostal, cinq travers de doigt au-dessous du mamelon gauche, et un peu en dehors de la verticale mamillaire. Un peu de sang s'écoulait de cette plaie à bords noirâtres, arrondie, un peu plus grande qu'une pièce d'un franc. Il y avait *vingt minutes* que le coup avait été tiré. Les douleurs violentes empêchant l'exploration, le blessé est transporté à l'hôpital. Alors on découvre la balle arrêtée sous la peau, sur le côté droit de la colonne vertébrale, au niveau de la douzième vertèbre dorsale, et on en fait l'extraction. Bientôt se produisent des douleurs aiguës, paroxystiques, vers les deux épaules, mais surtout vers la droite. Opium à haute dose pour immobiliser l'intestin; injection de morphine; les souffrances persistent. A 3 heures du matin, onze heures après l'accident, cathétérisme qui donne de l'urine teintée de sang. La mort a lieu dans une syncope, dix-sept heures après le traumatisme.

L'autopsie donna les résultats suivants. La peau entourant l'ouverture d'entrée était noircie par la poudre, la septième côte était fracturée,

tous les organes thoraciques, cœur, poumons, étaient intacts. Le diaphragme était perforé, et la plaie obturée par un bouchon épiploïque qui la fermait complètement. Dans la cavité abdominale, épanchement sanguin évalué à un litre et demi environ; le sang était surtout collecté dans l'hypocondre gauche. Tous les viscères : estomac, intestin, foie, étaient sains; seul le rein gauche, dans sa partie supérieure, avait été atteint par le projectile. Le tissu rénal était broyé, réduit en bouillie; la capsule surrénale était également détruite. Les gros vaisseaux, examinés avec soin, ne présentaient pas de lésions. On retrouvait le trajet de la balle entre les deux apophyses transverses de la douzième vertèbre dorsale et de la première lombaire, en dehors du corps vertébral qui avait été légèrement atteint, car le doigt y percevait des rugosités. L'apophyse épineuse était brisée. En examinant le projectile, on constata un léger aplatissement de sa pointe.

Ce qui semble avoir le plus vivement frappé notre collègue de l'armée dans ce fait intéressant, c'est l'absence de lésions du foie, l'absence de lésions du tube digestif. La douleur violente, paroxystique, éprouvée dans l'épaule droite, l'avait porté dès l'abord à admettre une lésion du tissu hépatique. Il nous semble que la situation des plaies d'entrée et de sortie, la direction du trajet, fortement oblique de haut en bas et de gauche à droite, en même temps que d'avant en arrière, devait, au contraire, faire repousser l'idée d'une lésion du foie. En admettant un canal direct, il devait forcément passer en arrière, bien en arrière du lobe gauche de ce viscère. Quant à l'explication de la douleur scapulaire droite, qu'on admette, avec M. le Dr Tartière, qu'elle résulte de la commotion de la moelle épinière, ou qu'on se contente de la signaler sans se lancer dans des hypothèses sur son origine, le phénomène n'offre pas, en lui-même une importance de premier ordre.

L'absence de lésions intestinales, absence dûment constatée après examen minutieux, serait due au glissement du projectile entre les viscères; elle nous paraît compréhensible étant donné le trajet très postérieur de la plaie. De même l'intégrité de l'estomac peut être attribuée à la vacuité de cet organe. Il résulte, en effet, des renseignements fournis par le blessé, qu'au moment où il pressait sur la gâchette du revolver couché le long de son bras gauche, le bout du canon a glissé de haut en bas sur la paroi du thorax. De là, la direction excessivement oblique d'avant en arrière du coup de feu, direction telle que la non-pénétration dans le thorax et dans la cavité péritonéale eût été presque possible.

En somme, le blessé est mort de syncope; il a succombé, le fait ne me paraît pas douteux, à l'hémorrhagie considérable qui s'était produite dans la cavité abdominale. Sous ce rapport, l'observation touche de près celle de M. Berger, et le décès est arrivé sensible-

ment après le même nombre d'heures et avec la même quantité de sang, la même perte sanguine. Mais, ici l'autopsie est moins nette sur la source de l'hémorrhagie. M. Tartière nous dit qu'aucun gros vaisseau n'était lésé; c'est donc du rein et du rein seulement qu'est venu le sang. Mais, le rein étant en dehors du péritoine, il faut admettre que le liquide a suivi le trajet de la balle ou qu'il a rompu la séreuse pour pénétrer dans l'abdomen.

Dans le cas présent, se demande notre collègue, devait-on s'abstenir comme on l'a fait, ou bien intervenir pour donner issue à l'épanchement sanguin? Nous dirons nettement : *Oui, l'intervention était indiquée*, et cependant elle ne semble avoir été ni discutée ni mise en question. Pourquoi? sinon parce que la valeur de l'exploration, dans ces cas, n'est généralement pas admise, parce qu'on attend pour agir, pour songer à agir, l'apparition de la réaction péritonéale, la production de phénomènes qui précisent la nature des lésions. Nos collègues de l'armée ont suivi la pratique conseillée par M. Reclus pour les plaies pénétrantes de l'abdomen; ils ont donné l'opium, injecté la morphine; ils ont tout fait pour favoriser la production des adhérences viscérales, la fermeture des plaies qui n'existaient pas, et leur blessé a succombé à une complication qui ne paraît pas avoir été soupçonnée, à une hémorrhagie interne.

Ce fait plaide donc en faveur de l'intervention immédiate, de l'exploration du trajet de la balle, de l'action hâtive conduite selon les circonstances. Je serais heureux que quelque chirurgien voulût bien nous tracer les signes primitifs certains du début de l'hémorrhagie intra-abdominale; non de cette irruption du sang qui tue en quelques minutes par l'ouverture d'un gros vaisseau, mais de ces écoulements lents, de ces accumulations, mortelles cependant, qui ne se font que lentement, ne se traduisent pour nous que quand il est trop tard pour y remédier. Quel que soit son courage ou son indifférence, la personne frappée au ventre par un coup de couteau, par une balle, n'est pas sans présenter des signes de dépression, d'émotion, qui peuvent cacher les symptômes d'une lésion vasculaire, les débuts d'une hémorrhagie interne. Comme le disait M. Trélat, l'intervention est de règle en théorie, elle s'impose logiquement. Tant que les premiers signes d'une hémorrhagie, d'une lésion intestinale, d'une péritonite ne seront pas mieux précisés, tant que les phénomènes qui doivent, pour nos adversaires, commander l'action chirurgicale ne seront pas par eux plus nettement définis, nous avons le droit de regarder la temporisation comme dangereuse et l'attente comme regrettable. Dans le cas particulier, la laparotomie eût permis de constater l'intégrité des viscères abdominaux, de découvrir la source de l'hémorrhagie, et

d'y porter remède par la ligature, la résection, au besoin l'extirpation du rein blessé.

Messieurs, je vous propose d'adresser des remerciements à l'auteur pour son intéressante observation et de déposer honorablement son travail dans nos archives.

Suite de la discussion sur les plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. Chauvel lit à ce propos le rapport ci-dessus.

M. Trélat. Dans la discussion qui a eu lieu, il y a un peu plus d'un an, devant la Société de chirurgie, j'ai défendu cette proposition principale : *Les blessures du petit intestin par coups de feu sont toujours mortelles;* c'est à peine, disais-je, si l'individu blessé a quelques millièmes de chance pour lui.

Depuis, les recherches de M. Reclus ont établi que ces plaies ne pouvaient guère être évitées, lorsqu'un blessé est atteint d'un coup de feu dans le ventre.

Il a, de plus, démontré que les blessures de l'intestin grêle par balle de petit calibre pouvaient dans quelques cas s'oblitérer spontanément par suite de la formation d'un bouchon muqueux. Mais, il faut bien le dire, cette oblitération par la muqueuse est le plus souvent illusoire ; elle peut même être dangereuse. L'écoulement des matières fécales pourra, il est vrai, être, par là, empêché ; mais, comme le disait M. Terrier, la muqueuse elle-même est un ensemencement septique ; elle laisse du moins filtrer des gaz qui sont septiques et infectent le péritoine. Il en a été ainsi dans l'observation de M. Berger, dans celle de MM. Sée et Verchère.

Où en sommes-nous donc? Y a-t-il quelque chose de changé dans la situation que je résumais d'un mot tout à l'heure? Les plaies du petit intestin, et peut-être même celles des parties non fixées du gros intestin, ont-elles cessé d'être absolument graves? Non. Aucune raison ne permet de le dire, absolument aucune. D'autre part, a-t-il été prouvé que l'intervention a été impuissante à arracher à la mort les individus *sauvables*? Pas davantage. Assurément aucun de nous n'est venu dire ici que par ce moyen on était certain de guérir toute plaie de l'intestin. Mais nous soutenons que si nous pouvons donner au blessé quelque chance de survie, c'est par une intervention opportune — soit que l'on agisse immédiatement, soit que l'on attende quelque indication particulière, plus ou moins évidente.

Nous restons donc dans la même situation, ou plutôt dans une

situation améliorée de la somme des faits qui ont été produits et qui sont favorables à la doctrine de l'action chirurgicale. A cet égard, M. Després, suivant une bonne méthode, a demandé que chacun de nous apportât ici la *totalité* de ses observations. Cela est juste et fort bien dit. Je n'ai cessé de le demander moi-même. C'est de ces faits successivement accumulés que sortira la lumière. Un certain nombre ont été publiés depuis un an et demi. Voyons quel enseignement on en peut tirer.

M. Després, en particulier, nous a communiqué sept observations. Mais il faut, de ce total, retirer les cinq dernières; dans lesquelles il s'agit de coups de couteau, qui ne sont pas en question pour le moment, ou bien de coups de feu, mais sans phénomènes abdominaux. Restent les deux premières. De ces deux cas je retire encore le premier; le blessé a présenté immédiatement des phénomènes très graves, témoignant de l'existence d'une plaie pulmonaire. Quant au deuxième, le voici résumé en deux mots : un jeune homme reçoit un coup de feu dans la région des reins, balle de revolver gros calibre n° 9; plaie d'entrée en arrière, la balle est retrouvée en avant sur la peau de l'abdomen; pas d'intervention, mort; à l'autopsie, plaie du rein et du côlon descendant. Certes, en pareil cas, il eût fallu agir. Comment! Vous avez pour vous l'argument suivant : balle entrée dans le dos au niveau des reins, allant se loger sous la peau du ventre; y avait-il un doute possible? N'était-il pas plus qu'évident qu'elle avait dû, en un tel trajet, toucher le petit intestin? L'opportunité d'une intervention n'était pas en pareil cas contestable. Tout la commandait. M. Després n'a rien fait. Sa conduite est défendable, car il s'agit, en somme, ici d'une question litigieuse; mais à notre point de vue, il a eu tort. Il avait toutes chances de trouver une plaie de l'intestin suturable et qui aurait pu guérir.

M. Després. Et la plaie du rein?

M. Trélat. J'y viens, M. Després. Je sais et j'ai rappelé que, dans votre cas, l'autopsie a montré que la balle avait traversé le rein. Mais la néphrectomie n'était-elle donc pas possible? Pourquoi reculer devant l'ablation du rein blessé?

M. Després. Citez-moi d'abord des observations de malades guéris après pareille intervention.

M. Trélat. Il en existe, et en nombre respectable.

Mais j'en viens à ma seconde proposition. Je l'ai dit, nous n'avons pas la prétention de guérir tous nos malades à intestin blessé. Je sais que l'intervention a une gravité extrême, que l'opération est laborieuse, que parfois elle restera nécessairement

incomplète. Ce que nous voulons du moins, c'est ne pas laisser mourir en spectateurs immobiles des blessés chez lesquels l'intervention serait possible et peut-être salutaire.

En somme, aucun fait probant ne témoigne contre cette doctrine. Deux, au contraire, récemment produits dans cette enceinte, sont manifestement en sa faveur; ce sont les cas de M. Després et de M. Sée. Ce dernier vous l'a dit : il est convaincu que, chez l'un de ses malades au moins, l'intervention eût augmenté les chances de guérison; et, à l'avenir, en présence d'une situation analogue, il est bien décidé à agir.

Quant au fait de M. Tillaux, il semble, je ne dirai pas plus gênant — aucun fait n'est gênant dans cet ordre d'idées, — mais il est certain qu'ici, l'intervention n'eût pas servi à grand'chose; j'en conviens. Mais, de ce que, dans certains cas, notre impuissance est évidente, en résulte-t-il qu'il faille négliger ceux où l'intervention pourra être efficace?

Dans celui qui m'est commun avec M. Pozzi, je rappelle que, pour des raisons analogues à celles qui auraient dû décider M. Després à opérer, j'ai été partisan d'une intervention hâtive. La balle avait pénétré dans le flanc droit, une hématurie rapide ne laissait aucun doute sur la lésion de la vessie, il était donc certain aussi que l'intestin grêle avait dû être intéressé. Il fallait donc agir.

M. Després. Et votre malade est mort?

M. Trélat. Oui, il est mort. Mais ne pourrai-je pas vous dire aussi que, de vos blessés, certains ont succombé qui auraient pu survivre? Oui, notre malade est mort, mais aussi quelles blessures portait-il? Douze plaies de l'intestin, et une lésion du bas-fond de la vessie, hors de portée de toute tentative chirurgicale. L'opération n'a donc pas seulement été longue, laborieuse, comme le disaient M. Tillaux et M. Reclus, mais incomplète, comme je le disais moi-même tout à l'heure. C'était un cas désespéré.

Je n'en défends pas moins, et avec plus d'énergie que jamais, ce précepte : dès que vous aurez une raison quelconque de soupçonner que la partie libre et mobile de l'intestin a été touchée, l'intervention sera de commande, elle sera d'ordre et de bonne pratique chirurgicale.

Il suffit pour cela que la pénétration de la balle soit démontrée. Or, cette démonstration n'est pas toujours aussi difficile que l'on croit. Dans le cas de M. Després comme dans le mien, je l'ai dit, le doute n'était pas possible; il y avait presque à coup sûr lésion grave de l'intestin; en pareil cas, intervenez, intervenez sur l'heure. Si la situation est moins évidente, si la balle est perdue et

que vous ne sachiez où elle est, si vous doutez, en un mot, de la pénétration, faites l'exploration conseillée par M. Sée. Que si cette recherche démontre la perforation complète de la paroi, si le trajet semble se diriger vers le paquet intestinal mobile, n'hésitez pas davantage, intervenez.

Vous pourrez encore vous trouver en présence d'un très petit orifice, causé par un projectile de très faible calibre ; le blessé ne présente pas d'autres symptômes que le collapsus — sur lequel M. Després insiste, mais qui peut manquer, — et un tympanisme péritonéal. N'attendez pas, cela suffit. Le tympanisme signifie ouverture de l'intestin ; le collapsus, hémorrhagie grave.

Que si vous me dites : Mon blessé ne présente aucun phénomène inquiétant, il n'éprouve rien, il conserve toute apparence de santé parfaite. Alors, abstenez-vous; mais aussi, et je le répète, à la moindre aggravation, dès qu'un signe, si léger qu'il soit, vous montrera que la blessure ne marche pas vers la guérison, intervenez sans tarder.

Je me résume en deux mots, et je dis: *intervention*, s'il y a une raison quelconque de croire à une plaie intestinale. Si rien ne permet d'y songer, *abstention*, mais abstention attentive, ou, si vous me permettez ce mot, *abstention armée.*

M. L.-Championnière. On m'a fait dire dans cette discussion des choses que je n'ai pas dites. Je n'ai jamais dit : dans les plaies de l'abdomen, quelles qu'elles soient, intervenez toujours. Oui, certes, je le dirais, si j'étais certain qu'il y eût lésion viscérale. Mais c'est là précisément que gît la difficulté. Elle est parfois considérable. J'ai vu un malade qui avait reçu, disait-on, un coup de couteau dans le ventre; tout semblait indiquer que la plaie était pénétrante. C'était l'avis du médecin légiste qui l'avait examiné le premier. Ce fut aussi, tout d'abord, le mien. Or, la vérité est qu'il ne s'agissait que d'une égratignure faite par le blessé lui-même pour simuler un assassinat. L'embarras n'est pas moindre dans les plaies par armes à feu : la balle peut filer sous la peau, se loger dans les muscles, parfoisfort loin de l'orifice d'entrée.

Je ne soutiens donc pas qu'il faille, alors que la pénétration n'est pas certaine, faire une laparotomie à la légère. Je n'aurais cependant pas grand scrupule, dans le doute, à ouvrir le ventre, si la dépression du malade ou un phénomène quelconque m'y invitaient. On en serait quitte, si l'on ne trouvait rien, pour le refermer; quelques points de suture, et tout serait dit. Si cette exploration me fait découvrir une lésion grave, celle du rein, par exemple, irez-vous jusqu'au bout, me dit-on, et ferez-vous l'ablation de l'organe blessé ? Sans aucun doute. Il existe, d'ailleurs, dans la

science des cas où le rein a été extirpé pour traumatisme, et les malades ont guéri.

La question, en somme, est celle-ci : si on n'intervient pas en pareil cas, la mort est certaine ; donc il faut agir. Le seul cas où j'accorde que l'on puisse s'abstenir est celui où l'on n'est pas assuré de la pénétration. Quant à la bénignité prétendue des plaies de l'intestin, vous me permettrez de n'y pas croire. Jusqu'à plus ample informé, pour moi, tout homme qui a l'intestin traversé par une balle est un homme mort.

M. Desprès me dit : votre blessé mourra de votre opération ; mais le sien meurt aussi. C'est un risque à courir. L'individu qui est là devant vous est condamné. Une intervention le sauvera peut-être ; donnez-lui cette chance. Certes, le cas n'est pas brillant ; il abîmera vos statistiques, mais peu importe. Il suffit que le salut soit possible, pour tenter l'aventure. Et cela de suite, sans tarder. Sinon, attendez ; espérez fermement que votre blessé sera ce bienheureux centième contre quatre-vingt-dix-neuf fatalement voués à la mort.

En d'autres termes, la mortalité par plaies de l'intestin est telle que, si vous avez le moindre soupçon de l'existence de pareille blessure, il faut intervenir sur l'heure.

M. Desprès. De toutes les observations qui vous ont été apportées, une seule, à mon avis, me paraît démontrer que la laparotomie eût pu être pratiquée avec avantage, c'est celle de M. Sée ; il n'y avait pas d'hémorrhagie ; tout se bornait à deux plaies de l'intestin, qui auraient pu être suturées ; elles étaient trop grandes, d'ailleurs, pour que l'oblitération spontanée eût été possible.

Ce fait est le seul qui soit convaincant. Tous les autres ne le sont aucunement.

Permettez-moi de vous le dire, messieurs, vous me paraissez, dans cette discussion, faire litière des vieux principes de la chirurgie française, lorsque vous venez nous dire : Dans une plaie de l'abdomen, si nous avons quelque doute sur la nature de la blessure, nous ouvrons le ventre et nous regardons. Je m'élève contre cette manière de faire, et je dis : Le diagnostic de l'organe blessé est toujours possible ; il doit être fait avant toute intervention. C'était la pratique de nos anciens maîtres, dont on ne saurait, sans danger, se départir.

Ce diagnostic, je l'avais fait chez le blessé dont M. Trélat vous a rappelé l'histoire. La direction de la plaie, l'hématurie, le ballonnement du ventre, survenu après l'extraction de la balle, faite en ville, m'avaient permis d'affirmer la blessure du rein. Or, je prétends que quand un chirurgien a porté un tel diagnostic ; que, d'ailleurs, la blessure a été faite par une balle de revolver n° 9 ou

10, je prétends qu'il ne doit à aucun prix intervenir. Qu'on me présente donc, si l'on veut que je change d'avis, une observation contrôlable — je dis *contrôlable* — de guérison, après intervention dans un cas pareil.

Je le répète, du reste, que tout le monde apporte ici ses observations; que l'on fasse une statistique intégrale de tous les cas connus, et nous verrons.

Jusque-là, je m'en tiens à ceci. Il est des cas où la laparotomie est indiquée ; ces cas sont les mêmes pour tous. Elle pourra être faite, non pas, comme le dit M. Trélat, toutes les fois qu'un blessé aura reçu une balle de revolver dans le ventre, mais lorsque la plaie siégera au-dessous de l'ombilic. En ce cas, 999 fois sur 1,000, l'intestin grêle aura été touché, et l'intervention sera permise. Si, au contraire, le projectile a pénétré au-dessus de l'ombilic, c'est le côlon transverse, s'il est distendu par des gaz, qui pourra être atteint ; ou l'estomac, s'il est plein. Ces plaies-là, celles de l'estomac en particulier, peuvent guérir seules; cela est encore dit dans nos vieux livres.

Donc, pour les plaies par armes à feu au-dessous de l'ombilic, oui, agissez ; mais, pour toutes les autres, pesez, avant d'opérer, tous les résultats possibles de votre intervention, et voyez quelles chances vous faites courir au blessé. J'estime qu'en parlant ainsi je défends notre vieux patrimoine national, et que les préceptes que je combats sont contraires à ceux de l'ancienne chirurgie française.

M. Reclus. La communication de M. Chauvel me donne l'occasion de relever un premier point, la difficulté que l'on peut avoir à distinguer, parmi les phénomènes que présente le blessé, ce qui peut dépendre d'une hémorrhagie interne abondante, et ce qui n'est que du choc traumatique. Ce diagnostic serait d'autant plus intéressant à faire que l'on ne doit pas, dit-on, opérer les malades en état de choc, tandis qu'une hémorrhagie interne commande l'intervention immédiate. Or, à mon avis, il est probable que le prétendu choc traumatique serait, le plus souvent peut-être, le résultat d'une hémorrhagie interne, et, dans cette hypothèse, il se trouverait que, contrairement au dire des auteurs, l'état de choc deviendrait une indication opératoire.

Ceci dit, j'en viens à une autre remarque. M. Trélat affirme que les plaies de l'intestin grêle sont toujours mortelles, ou du moins que les chances de mort sont de 99 0/0. Je crois que M. Trélat s'est appuyé, pour soutenir cette opinion, sur la statistique d'Otis. Or cette stastistique est plus que contestable; car, lorsqu'on l'examine de près, on voit qu'elle ne tient pas debout ; et que les chiffres

qu'elle contient sont contradictoires. De plus, elle ne vise que les plaies par armes de guerre et non les plaies par balles de revolver, les seules qui soient ici en question. Il n'existe donc pas de statistiques acceptables. Laissons donc les chiffres de côté.

M. Trélat nous dit : Toute plaie intestinale est mortelle, et M. Championnière : Tout malade qui guérit d'une plaie de l'abdomen n'avait pas une plaie pénétrante. C'est la même idée sous des formes différentes. Mais il y a là une pétition de principes. Il s'agirait de nous donner des preuves à l'appui de ces dires.

Mes expériences parlent en un tout autre sens. Ce n'est pas que j'attache grande importance, dans l'étude du mode de guérison des plaies de l'intestin, à ce bouchon muqueux dont j'ai à nouveau démontré l'existence. Je le crois très rare. Bien plus fréquentes et efficaces sont les adhérences qui, si rapidement, se forment autour de la blessure et s'opposent à l'épanchement; quelques heures pour cela suffisent. Or, les 9 mètres de l'intestin de l'homme ne sont pas toujours remplis de matières fécales. Que faut-il donc pour que la guérison soit possible par voie d'adhérences? Il suffit d'un arrêt de matières, de quelques heures de durée, dans le segment d'intestin qui a été blessé. Cela est-il impossible? L'opium à haute dose, la diète, ne peuvent-ils arriver à obtenir cet heureux résultat? La formation, dans certains cas, d'un anus contre nature, à la suite de plaies de l'intestin, ne témoigne-t-elle pas que c'est bien par ce mécanisme des adhérences protectrices que la guérison peut se faire? Voilà ce que m'a enseigné mon expérimentation chez le chien. En peut-il être de même chez l'homme? J'ai le droit de l'espérer.

J'ai dit que les statistiques n'existaient pas. Est-il possible d'en dresser, et alors quels en seraient les éléments? Il me semble, à cet égard, qu'on n'a pas le droit, avec M. L.-Championnière, de rejeter les cas de guérison. On l'a dit, et avec raison, 97 fois sur 100, la plaie pénétrante de l'abdomen est une plaie de l'intestin. C'est déjà là une forte présomption en faveur de son existence, alors même que le blessé a guéri. Le diagnostic de la pénétration n'est pas si difficile qu'on a paru le croire. Je ne suis pas, en général, partisan de l'exploration dans les plaies par armes à feu, mais j'ai toujours exploré les plaies de l'abdomen ; il n'est pas besoin de pénétrer profondément, et la manœuvre faite avec un doigt bien désinfecté est sans danger. Je suis toujours parvenu à reconnaître facilement ainsi la perforation.

Si, donc, l'on m'accorde que la perforation de l'intestin existe 97 fois sur 100 ; si, d'autre part, on nous apporte 10, 20, 30 observations de plaies pénétrantes de l'abdomen guéries sans intervention, il faudra bien admettre que les plaies de l'intestin peuvent

guérir spontanément. J'aimerais assurément mieux une démonstration directe. On reconnaîtra cependant qu'il y a dans ce que je viens de dire un argument sérieux à l'appui de la thèse que je soutiens. Pour ma part, je ne puis me décider à intervenir que s'il survient un signe quelconque m'indiquant l'inondation du péritoine par les matières intestinales.

En outre, s'il s'agissait d'une laparotomie ordinaire, d'une action chirurgicale très rapide et sans danger, sans les manipulations longues et compliquées que l'on sait, — oui, je serais plus entreprenant. Mais est-il besoin de rappeler une fois encore, qu'il s'agit, au contraire, d'une opération minutieuse et longue, d'une recherche de plaies qui se dissimulent, qui échappent aux opérateurs les plus déliés : d'une opération qui, en définitive, n'a de la laparotomie que le nom et qui mériterait de recevoir une dénomination particulière et nouvelle ?

Voilà pourquoi je demande ce premier signe qui me permette d'agir. Le fait de la perforation ne me suffit pas, je veux autre chose, du sang, des gaz, des matières septiques, dont le passage dans le péritoine se révèle à moi sous une forme quelconque.

En somme, l'opération est grave, elle peut être mortelle par elle-même ; il y a donc un gros risque à courir. Je suis décidé à ne l'entreprendre que si j'ai de bonnes raisons pour le faire, je demande un signe qui me force la main. Je ne veux pas tuer un malade qui aurait pu se sauver lui-même.

M. M. Sée. J'accepte de tous points les réflexions et la pratique de M. Trélat. Je demande seulement à changer un mot de son argumentation. Au lieu de dire, avec lui, il faut intervenir quand il y a lésion intestinale ; je dis : intervenez quand la plaie est *pénétrante*, parce que, dans l'immense majorité des cas, toute plaie abdominale est *viscérale*.

Je tiens de plus à insister encore sur l'importance de l'exploration de la plaie au stylet ; on évitera ainsi les recherches nombreuses qui rendent la laparotomie si difficile ; on sera renseigné sur le point du ventre où elles devront porter de préférence ; l'opération sera plus rapidement menée et moins grave.

On a dit que tout le monde faisait cette recherche. Je l'ignorais. Les seules observations dans lesquelles j'ai vu que l'on explorait les plaies de l'abdomen sont celles des chirurgiens américains.

M. Trélat. Je serai très bref. La discussion de ce jour aura du moins eu un résultat : celui de constater que M. Desprès est presque des nôtres. Il élimine encore le rein, il y viendra. C'est une conquête que nous enregistrons.

Reste M. Reclus. Pour lui, j'avoue qu'avec son argumentation il est difficile qu'il ne soit de plus en plus abstentioniste. Je vois en effet qu'il est de plus en plus frappé de la gravité de l'opération et qu'il conserve de grosses espérances de guérison spontanée. Je ne veux pas lui enlever ses espérances. Mais, comme depuis un an et demi nous cherchons cette preuve de guérison spontanée, que je demande, je conserve ma manière de voir.

Nous sommes, en définitive, sur deux voies tout à fait opposées. Les uns, considérant la gravité de la blessure, estiment que l'intervention dans les plaies par armes à feu de l'intestin s'impose; ils ne méconnaissent pas que l'opération est dangereuse, difficile, et qu'elle peut être incomplète ; il leur suffit que, dans certains cas, elle ait pu donner un résultat utile. Les autres, caressant l'espoir que les plaies de l'intestin, chez l'homme comme chez le chien, pourront guérir spontanément, penchent pour l'abstention.

Pour ma part, j'attends un fait péremptoire, me démontrant qu'un homme qui a eu l'intestin grêle traversé par une balle a pu guérir. Jusque-là je persiste à croire qu'une pareille blessure est mortelle.

M. Tillaux. Un seul mot pour répondre au désidératum de M. Trélat. Je puis lui citer l'observation d'un de mes malades qui avait reçu une balle en plein abdomen, en regard du rein, il y avait eu hématurie consécutive; la pénétration n'était donc pas douteuse, et il est difficile de croire que l'intestin n'ait pas été touché. Or cet homme a guéri.

J'affirme donc, contrairement à ce qui a été dit ici, qu'une plaie pénétrante de l'abdomen par balle peut guérir. Comme, d'autre part, l'intervention a une gravité extrême, je m'abstiens.

Je n'accepte l'intervention que pour les plaies par instrument tranchant, parce que l'on sait alors où l'on va, ou du moins les recherches seront-elles limitées.

Mais, pour les balles, le sait-on? Sait-on si l'on trouvera 1, 2, ou bien 12, 15 ouvertures faites à l'intestin.

Je m'abstiens donc, parce qu'il existe plus de cas de guérison à la suite de l'abstention, qu'après l'intervention la plus habile.

M. Reclus. Je me contenterai de rappeler à M. Trélat le fait de Chedevergne, — balle dans la région ombilicale, selles sanglantes, plaie intestinale donc non douteuse; — guérison. — On pourrait trouver dans la science au moins 10 observations semblables.

Présentation d'instrument.

M. Berger présente un spéculum inventé et construit par M. Collin. Ce spéculum est articulé de telle sorte que l'écartement de ses valves, réglé sur les dimensions normales du vagin, dilate toute l'étendue de ce conduit proportionnellement à l'extensibilité de ses différentes parties, depuis l'orifice vulvaire jusqu'au cul-de-sac. L'articulation des deux valves, par un ingénieux artifice de construction, est excentriquement placé, de telle sorte qu'entre les valves existe une large fente transversale, un espace libre qui permet l'inspection des parties vaginales, et la manœuvre facile des instruments.

Ce spéculum qui est fixe et qui se maintient ouvert à l'aide d'une vis de pression, est parfaitement disposé pour les opérations qui se pratiquent sur le col de l'utérus et sur le vagin. Il réalise une simplification notable et un véritable progrès quand on le compare à la plupart des instruments construits pour les mêmes usages.

Lecture et présentation de pièces.

M. Routier présente un utérus enlevé par la voie vaginale, atteint de *cancer limité à la muqueuse du corps.*

La séance est levée et la Société se réunit en *Comité secret* à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire,
Ch. Monod.

Séance du 25 avril 1888.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Le 3e fascicule de nos *Bulletins et Mémoires* pour l'année 1888;

3° M. Després demande un congé pour la durée de la session du Conseil municipal; M. Pozzi un congé d'un mois pour raison de santé (commission des congés).

Suite de la discussion sur les plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. Léon Le Fort. Je ne veux intervenir que très brièvement dans cette discussion déjà longue et qui, depuis un an, nous a occupés à plusieurs reprises. En présence des opinions émises par quelques-uns de nos collègues, que je trouve beaucoup trop partisans d'une intervention active par la laparotomie, je crois devoir établir quelles sont mes opinions sur ce point important de pratique.

Je demande d'abord à ce que nous fassions une distinction pour ce qui concerne les plaies de l'estomac; car, pour celles-ci, il ne me paraît pas qu'il puisse y avoir doute. La laparotomie exploratrice doit être proscrite, ces plaies guérissant souvent sans aucune intervention chirurgicale. Il y a plus, une plaie pénétrante de l'estomac peut laisser échapper une partie du contenu de l'organe, sans que l'épanchement intra-abdominal et la péritonite en soient la conséquence. Les rapports de l'estomac avec la paroi abdominale, surtout lorsqu'il est distendu, sont tels que quelques parcelles du contenu de l'estomac peuvent être expulsées au dehors, sans tomber dans la cavité péritonéale. Je puis vous en citer un exemple :

Le 29 juin 1879, un jeune garçon boucher, Eugène R..., âgé de 11 ans, eut, vers trois heures de l'après-midi, deux heures et demie après son déjeuner, l'idée singulière de faire des armes avec un camarade, en substituant au fleuret un couteau de boucher. Le résultat fut, pour mon malade, une plaie pénétrante de l'estomac. On l'apporta aussitôt à l'hôpital Beaujon, et l'interne de garde, en l'examinant, trouva, à 4 centimètres de l'ombilic, sur la ligne médiane, une plaie mesurant 3 centimètres. Sur le ventre et dans la chemise, il constata la présence de débris de viande et une certaine quantité de petits pois. La plaie stomacale était donc incontestable. L'interne de garde appliqua une suture sèche au collodion sur la plaie de la paroi abdominale, prescrivit une diète absolue et cinq centigrammes d'opium.

Le lendemain matin, 30 juin, je retirai la suture afin que rien ne fît obstacle au passage des matières qui pourraient être expulsées de l'es-

tomac, et, en effet, il sortit encore un pois. Le ventre est un peu ballonné, la peau est chaude, il y a de légères nausées. T. 38°,2. Je continue l'opium. T. le soir, 38°,5.

1er *juillet*. Encore un peu de ballonnement. T. 38°,1. Continuation de la diète et de l'opium.

2 *juillet*. Ventre souple. T. 37°,6. Diète, opium.

3 *juillet*. Je fais donner un potage et un œuf, le malade se plaignant de la faim.

4 *juillet*. On retrouve, sous le pansement, un peu de potage jauni par l'œuf. La plaie est un peu tuméfiée, enflammée, rouge.

5 *juillet*. Il s'est fait un petit abcès dans la paroi abdominale.

Le pus sort facilement à l'extérieur; le 13 juillet, la plaie est guérie, et le malade sort bien portant le 1er août.

M. Poirier, alors mon interne, alla le voir le 10 août; l'enfant avait repris ses occupations et sa santé continuait à être excellente.

J'engageai M. Bailly, un de mes externes, à prendre comme sujet de sa thèse, les plaies de l'estomac. Cette thèse, bien étudiée, fut passée en 1880. M. Bailly avait recherché toutes les observations qu'il put trouver dans les auteurs et en réunit 88 cas, ayant donné 73 guérisons et 15 morts seulement. Dans 24 cas, dans lesquels on fit la suture de la plaie stomacale, il y eut 22 guérisons et 2 morts ; dans 63 cas de non-intervention, il y eut 52 guérisons et 11 morts. C'est, dans la première série, une mortalité de 8,3 0/0 et de 17,4 dans la seconde. Chez un malade présentant une hémorrhagie, se faisant du côté de la cavité abdominale, Larrey agrandit la plaie de la paroi pour retirer les caillots intra-abdominaux. Le malade guérit.

Comme dans toutes les statistiques basées sur les observations publiées, on peut faire observer que les succès sont plus fréquemment publiés que les insuccès; mais si la proportionnalité exacte des succès et des insuccès ne résulte pas de ce rassemblement de faits, il n'en résulte pas moins que 75 malades ont guéri de plaies pénétrantes de l'estomac sans qu'on ait fait la laparotomie, et même, chez 52, sans qu'il y ait eu aucune intervention opératoire. Je crois donc être autorisé à rejeter, d'une manière absolue, la laparotomie exploratrice dans les blessures de l'estomac. Elle serait, au contraire, justifiée et même indiquée dans les cas où il y aurait épanchement évident de matières dans le ventre et accidents de péritonite.

Examinons maintenant la conduite à tenir dans les plaies des autres régions de l'abdomen. Quelques-uns de nos collègues, M. Trélat en particulier, nous disent : dans les plaies pénétrantes, l'intestin est blessé 99 fois sur 100. C'est une erreur. Aux expériences de Travers sur les chevaux, de Bloch et de Reclus sur les

chiens, je puis joindre celle de Henko sur l'homme. Si les premières ont l'avantage d'avoir été faites sur l'animal vivant, si les autres ont l'inconvénient d'avoir été faites après la mort, cet inconvénient est largement compensé par ce fait qu'elles ont été faites, du moins, sur le cadavre humain. Je me contente de les résumer :

Les blessures ont été faites avec une épée triangulaire de 16 millimètres de large. Il y eut 95 expériences qui se répartissent ainsi :

	Expériences.	Intestin non blessé.
De l'hypochondre à l'épigastre............	20	9 fois
Des lombes à l'épigastre.................	30	6 —
Des lombes à l'ombilic...................	30	4 —
Horizontalement d'un hypochondre à l'autre	5	1 —
Horizontalement de la région iliaque à la partie moyenne du ventre...............	10	0 —

Ainsi, sur ces 95 expériences, 20 fois l'intestin n'avait pas été blessé, et, sur les 75 fois où il fut atteint, il avait présenté 23 fois une seule plaie, 32 fois deux plaies, 16 fois trois plaies, 3 fois quatre plaies, 1 fois cinq plaies.

On n'est donc pas en droit de dire que 99 fois sur 100 l'intestin est blessé dans les plaies pénétrantes, puisque, dans 95 expériences dans lesquelles l'abdomen a été transpercé de part en part, 20 fois l'intestin a échappé à la blessure, ce qui est une proportion, non pas de 99 sur 100, mais seulement de 78,9 sur 100, ce qui laisse 21 0/0 de chances de non blessure de l'intestin.

Ce n'est pas tout encore. On nous dit : quand il n'y a pas ou peu d'accidents, quand le malade guérit sans qu'on ait fait la laparotomie et la suture, c'est que la plaie n'était pas pénétrante, ou que, par une chance extraordinaire, l'intestin n'avait pas été perforé. C'est une manière absolument vicieuse de raisonner, car, pour démontrer que toutes les blessures de l'intestin sont mortelles, on commence par regarder comme absolument prouvée la constance de la mort dans ces blessures. Or, non seulement cela n'est pas prouvé, mais des observations assez nombreuses montrent que des plaies pénétrantes de l'abdomen et de l'intestin, même des plaies par armes à feu, ont pu être suivies de guérison. Il faut cependant faire une distinction entre les plaies par coup de couteau ou autres armes blanches et les plaies par balle. Si les observations prouvent que les plaies de l'estomac, par instruments piquants et tranchants, guérissent souvent seules, on ne pourrait en dire autant des plaies par balle, et cela se conçoit. Lorsque l'es-

tomac distendu est blessé par un couteau, sa paroi antérieure seule est le plus souvent intéressée et la plaie est dans de bonnes conditions pour se cicatriser. S'il s'agit, au contraire, d'une plaie par balle, l'estomac peut être et est le plus souvent traversé sur ses deux faces et la plaie contuse a peu ou pas de tendance à une cicatrisation rapide.

Mais, même quand il s'agit de plaies par armes à feu, il faut faire une distinction extrêmement importante entre les plaies par armes de guerre et celles par revolvers de petit calibre, 7 millimètres d'ordinaire. Nous savons, d'une part, que ces petites balles cylindro-coniques agissent presque comme un instrument piquant, font des dégâts très limités, des ouvertures très petites, et, d'autre part, que, dans l'immense majorité des cas, même quand il s'agit de plaies pénétrantes du thorax, la guérison survient sans qu'aucune intervention soit nécessaire, et la règle est de s'abstenir de toute recherche du projectile. Nous avons surtout en vue, dans cette discussion, les plaies par balles de revolver, qui sont, à peu près, les seules que nous observions en dehors des champs de bataille.

Ces plaies peuvent-elles guérir, même lorsqu'elles sont pénétrantes? Cela me paraît incontestable, et l'on n'est pas en droit de dire que, parce que il n'y a pas eu hémorrhagie intestinale, effusion de matières intestinales dans le ventre, péritonite, la plaie n'a pas été pénétrante. Ainsi, dans l'observation suivante, je me crois le droit de dire que, s'il n'y avait pas eu pénétration, le malade n'aurait pas présenté les symptômes que j'ai pu observer.

B..., âgé de 23 ans, se tire, le 16 décembre 1880, à 9 heures du matin, un coup de revolver dans la région épigastrique. Il se recouche, éprouve dans la journée des vomissements, une grande difficulté à respirer. On le transporte à Beaujon le 17 décembre, vingt-quatre heures après la blessure. Il est pâle, comme exsangue, haletant; les pupilles sont très dilatées, la température est à 36°, le pouls à 160, filiforme, et nous comptons 45 inspirations par minute. Est-ce que ce sont là, après vingt-quatre heures, les symptômes d'une simple plaie des parties molles par une balle de 7 millimètres? Je prescris de l'alcool à l'intérieur, de l'opium et la diète absolue. Le soir, le malade, un peu réchauffé, respire plus facilement.

Le 18, il y a un peu d'amélioration, mais je continue la diète et l'opium. Le 19, la température a remonté à 37°, le ventre n'est pas ballonné; je prescris un potage qui est vomi. Le 20, deux potages sont bien supportés, l'amélioration continue et le malade part bien portant le 28, douze jours après la blessure.

J'ai vu également guérir, sans accidents graves, un malade qui

avait certainement une perforation, il est vrai que c'était par un coup de couteau.

Ce malade, entré dans mon service à l'Hôtel-Dieu en 1883, avait reçu plusieurs coups de couteau, dont l'un, au-dessus de la crête iliaque, avait donné lieu à une hernie de l'épiploon. Je fis la ligature de l'épiploon, je réséquai la partie herniée et réduisis le reste. Comme toujours, je prescrivis les opiacés. Le troisième jour, la plaie donna issue à un peu de pus et à des gaz. L'abcès persista sans amener d'accidents sérieux. Le vingtième jour, je fis, dans l'abcès, une injection d'eau légèrement alcoolisée pour nettoyer le foyer : l'injection revint par l'anus. Il y avait donc perforation intestinale, et cependant aucune matière intestinale ne se mélangeait au pus. Je crus pouvoir, sans danger, sonder la plaie ; le stylet put être senti dans le rectum. La perforation devait donc porter sur l'S iliaque à sa partie inférieure. Elle s'oblitéra spontanément et le malade sortit complètement guéri le quarantième jour.

Cet homme aurait-il mieux guéri si je lui avais ouvert le ventre dans la moitié de sa hauteur?

En résumé, il y a, dans les opinions de quelques-uns de nos collègues, une erreur, c'est de regarder comme fatalement mortelles les plaies pénétrantes abandonnées à elles-mêmes. L'expérience prouve que, si la plaie est petite, il peut se former assez rapidement des adhérences qui empêchent l'effusion dans le ventre des liquides intestinaux. La théorie que le bouchon muqueux, qui peut obturer primitivement et momentanément la plaie, est septique et doit déterminer une septicémie est une théorie de cabinet et de laboratoire. Il y a également, dans la pratique conseillée par quelques-uns de nos collègues, une exagération. Vouloir faire de la laparotomie la règle dans toutes les plaies pénétrantes est une doctrine fausse et dangereuse. Ce n'est plus ici une simple incision exploratrice ; il faut, pour rechercher une plaie qui peut ne pas exister, dérouler l'intestin dans toute sa longueur, l'exposer à l'air, faire ce qu'on évite de faire dans les opérations abdominales ordinaires, c'est-à-dire se livrer à une pratique dangereuse par elle-même ; je la repousse.

Une seule chose résulte des enseignements de l'expérience, et c'est là le progrès réalisé. Jadis, on eût hésité à ouvrir le ventre pour aller rechercher une blessure intestinale, ayant amené un épanchement et un commencement de péritonite. Aujourd'hui, comme alors, en l'absence d'accidents, nous donnerons de l'opium, et nous nous abstiendrons de toute opération ; mais, si des accidents apparaissent, sachant avec l'expérience que la mort est à peu près certaine, nous ferons ce qu'on n'eût pas fait jadis ; nous ou-

vrirons le ventre, nous irons à la recherche de la plaie de l'intestin, du vaisseau qui donne du sang, et nous aurons des guérisons, rares sans doute, mais que cette opération seule peut laisser espérer. Voilà le progrès sérieux, réel, incontestable; aller au delà, ouvrir le ventre partout et toujours, c'est une exagération regrettable, dangereuse, et que l'expérience condamne.

M. Marc Sée. Il importe de faire remarquer que, dans les expériences de Henko, rapportées par M. Le Fort, les blessures de l'abdomen ont été faites avec une épée; les résultats qu'elles ont fournis ne sont donc pas applicables aux plaies par armes à feu, qui sont, pour le moment, seules en question.

M. Le Fort. La remarque est juste. Je crois cependant que ces expériences sont de nature à jeter quelque jour sur le sujet en discussion. On a dit que le vide n'existant pas dans le ventre, un objet quelconque, en pénétrant dans la cavité abdominale, devait forcément rencontrer l'intestin. Les recherches de Henko montrent que cette proposition n'est pas exacte. A cet égard, du moins, elles méritaient d'être rappelées.

M. Berger. La discussion à laquelle a donné lieu la communication que je vous ai faite à l'occasion d'un cas d'intervention chirurgicale, motivée par un coup de couteau ayant blessé l'estomac, l'intestin grêle et le mésentère, n'a guère porté que sur la conduite à tenir dans les cas de plaie par coup de feu pénétrant dans l'abdomen et ayant intéressé l'intestin. J'accepte néanmoins, et je vais reprendre le débat sur ce terrain, un peu différent de celui sur lequel j'avais voulu le placer; car, ainsi que je l'ai dit dans une des séances précédentes, s'il faut établir une distinction bien marquée entre les cas de blessure par projectiles de gros calibre et les plaies pénétrantes de l'abdomen produites par des balles de revolver, celles-ci ne diffèrent essentiellement ni par les lésions qu'on y observe, ni par les accidents auxquels elles donnent lieu, ni par les indications qui en résultent, des plaies produites par un instrument piquant et tranchant, par une lame de couteau ou d'épée. L'observation même que je vous ai apportée montre que, dans les unes comme dans les autres, on peut rencontrer des lésions très multiples et très irrégulièrement réparties; que les perforations intestinales produites par la lame d'un couteau ont parfois la forme arrondie que les plaies par coup de feu présentent généralement; que le même défaut de parallélisme entre la solution de continuité des enveloppes superficielles, musculeuse et séreuse, de l'intestin et celle de sa tunique muqueuse s'observent; que l'occlusion de la plaie par un bouchon muqueux peut avoir lieu dans un cas comme

dans l'autre. Si ces deux sortes de blessures ne sont pas identiques, elles présentent d'assez grandes analogies pour qu'on puisse ne pas les séparer dans la considération des moyens de traitement qui leur sont applicables.

Puisqu'il s'agit donc de l'intervention chirurgicale dans le cas de plaie par projectile de petit calibre ayant intéressé l'intestin, je commence par constater, avec M. Trélat, avec M. Reclus, que presque tous nos collègues, dans la pratique, ont adopté et suivent la même conduite, et qu'en faisant la part des variations qui peuvent résulter, dans l'application de cette ligne de conduite, des particularités inhérentes à chaque cas spécial, nous sommes, pour la plupart, disposés à pratiquer l'incision abdominale et à aller à la recherche de la lésion intestinale, quand l'existence de cette dernière est mise hors de doute par le développement d'accidents péritonéaux révélant l'épanchement de sang ou de matières dans la cavité séreuse de l'abdomen.

Si je reprends la parole, c'est qu'à côté de cette question de pratique, sur laquelle nous sommes presque tous d'accord, il est une question de tendance qui s'est plus ou moins clairement manifestée dans les remarques présentées par quelques-uns de nos collègues, tendance sur laquelle il est bon de s'expliquer nettement.

Ceux de nos collègues auxquels je fais allusion m'ont paru disposés à étendre les indications de l'intervention chirurgicale et à ne plus les limiter seulement aux faits où la blessure des viscères intra-abdominaux était rendue certaine par l'existence d'accidents manifestes : M. Trélat, en se déclarant de plus en plus partisan de l'intervention ; M. Terrier, en disant qu'il était disposé à y avoir recours toutes les fois qu'avec une plaie par balle de la paroi il constaterait, non pas même des accidents, mais quelque chose d'anormal. Or, dans les cas de plaie de l'intestin, les seuls caractères qui puissent nous donner la certitude que le tube digestif est atteint, et même que la plaie est bien une plaie pénétrante, consistent précisément dans l'existence de ces accidents péritonéaux : douleur de ventre, météorisme, état particulier du facies et du pouls, vomissements, hoquets, etc., qui, jusqu'à présent, ont motivé l'intervention. Opérer lorsqu'ils font défaut, c'est donc intervenir non plus avec la certitude, mais dans la simple présomption qu'il existe une plaie pénétrante de l'abdomen et que cette plaie a intéressé les viscères ; et c'est ce qu'a parfaitement reconnu M. Lucas-Championnière, conséquent avec lui-même, quand il nous a dit qu'il ne se repentirait en aucune façon d'avoir fait, en pareil cas, une laparotomie exploratrice, même si l'ouverture du ventre lui démontrait que l'intestin n'était pas blessé, même si elle lui faisait reconnaître l'absence de plaie pénétrante de l'abdomen.

Cette manière d'envisager les indications de l'ouverture du ventre dans les cas de plaie de l'abdomen par coups de feu mérite tout au moins qu'on la discute. Ce n'est plus une laparotomie en cas d'accidents, dont nous connaissons trop la progression fatale et rapide pour hésiter à agir, c'est une laparotomie avant les accidents, une laparotomie exploratrice; c'est ouvrir le ventre *pour voir*, ce qu'on nous propose, et, pour l'oser, il faut être convaincu : 1° du caractère nécessairement fatal des plaies de l'intestin par projectile de petit calibre, caractère tel qu'il faille à tout prix devancer l'explosion des accidents, dût-on s'exposer à pratiquer une opération inutile ; 2° de l'innocuité et de l'efficacité de l'intervention chirurgicale entreprise dans ces conditions.

Ce sont ces deux termes que nous allons envisager en quelques mots.

1° Loin de nous la pensée de contester la très grande, l'extrême gravité des plaies par coup de feu de l'intestin ; la question n'est pas là : ces plaies peuvent-elles guérir spontanément ? Tel est le point à débattre actuellement : M. Reclus l'affirme ; M. Trélat le nie. M. Reclus cite des faits de plaies de l'estomac où la blessure du viscère était rendue manifeste par les hématémèses ; M. Socin en possède une observation ; M. Després en a cité une autre ; j'en ai sans peine retrouvé trois toutes récentes publiées par John Hinton[1], par Clemow[2], par Frey[3], auxquelles, avec quelques recherches, j'en pourrais ajouter encore bien d'autres; dans tous ces cas, malgré l'existence d'une perforation incontestable de l'estomac, les blessés ont guéri, ou ceux qui sont morts ont succombé au bout d'un temps assez long, sans avoir eu d'épanchement de matières dans le péritoine, ni de péritonite. — Sans doute, nous a-t-on répondu, mais les plaies de l'estomac par projectiles de petit calibre peuvent guérir, celles de l'intestin ne le peuvent ; citez des observations !

M. Reclus produit alors ses expériences sur des chiens, démontrant la curabilité de semblables lésions. Mais ne sait-on pas, lui répond-on, que le péritoine des chiens est doué d'une remarquable tolérance pour les lésions traumatiques ; citez-nous des faits de guérison observés chez l'homme.

Je rappelle donc que, dans la discussion qui eut lieu ici même, il y a un an, j'ai apporté l'observation d'un blessé qui avait reçu, entre l'ombilic et l'épine iliaque droite, une balle de revolver, balle dont la pénétration dans l'intestin avait été démontrée par des évacuations sanglantes survenues au bout de quelques jours ; le blessé

[1] *New York med. Journ.*, 1885, p. 201.
[2] *The Lancet*, 12 juin 1886.
[3] *Wiener medicinische Presse.*

avait guéri spontanément, malgré l'apparition de phénomènes assez menaçants de péritonite localisée : M. Lucas-Championnière peut attester l'exactitude de mes souvenirs. Je sais bien qu'on va me dire qu'en raison du siège de la blessure celle-ci intéressait probablement le cæcum ou le côlon ascendant, et tout le monde sait que les lésions du gros intestin sont moins graves que celles de l'intestin grêle. En procédant de la sorte, on arriverait à récuser tous les faits de guérison, comme on a repoussé ceux que nous a signalés M. Després dans une des dernières séances, comme on peut se refuser à admettre ceux que vient de nous citer M. Le Fort. Il est évident que la seule preuve matérielle de la blessure de l'intestin grêle résidant dans la constatation directe de la plaie à l'ouverture du ventre, ce genre de preuve nous manquera toujours chez les sujets qui auront guéri sans opération : la présomption la plus forte, après cette preuve, est fournie par le développement des accidents péritonéaux consécutifs à la blessure ; dans les cas favorables où ces accidents font défaut et qui guérissent, justement à cause de cela, cette présomption ne peut être établie. Les faits de guérison spontanée à la suite de plaie par coup de feu de l'intestin sont donc, pour la plupart, je l'accorde, des faits d'une interprétation difficile et presque toujours douteuse, et c'est justement parce que la preuve de la pénétration du projectile manque si souvent que nous en trouvons si peu d'exemples publiés. Mais si nous ne pouvons donner ces guérisons comme certaines, bien qu'elles nous paraissent probables, vous ne pouvez en nier la possibilité sans sortir du domaine des constatations positives pour vous lancer dans l'hypothèse et répondre par cette véritable pétition de principe : les plaies de l'intestin ne peuvent guérir spontanément, car nous refusons de considérer comme telles celles qui guérissent sans accidents.

Sur ce sujet, à propos de la curabilité des plaies de l'intestin par projectiles de petit calibre, on m'a adressé encore quelques objections qui visent principalement le mode suivant lequel est censée se produire cette guérison spontanée, et tout particulièrement le rôle du bouchon muqueux dans l'occlusion de la plaie intestinale. M. Terrier, rappelant que la simple piqûre d'une anse intestinale avec une aiguille aspiratrice peut donner passage aux gaz et aux liquides contenus dans l'intestin, ne conçoit pas qu'il puisse en être autrement lorsqu'il s'agit d'une plaie présentant des dimensions bien plus considérables; est-il besoin de faire observer la différence qui existe, à ce point de vue, entre une lésion, même très petite, atteignant un intestin dont les parois sont amincies par le fait même de leur extrême distension, et une blessure qui intéresse une anse intestinale saine, dont la muqueuse peut libre-

ment glisser sur les tuniques sous-jacentes et venir oblitérer, par quelqu'un des innombrables replis qu'elle présente, la perforation traumatique. D'ailleurs, les faits sont là pour démontrer que, pendant quelques heures au moins, la plaie intestinale ne donne souvent passage à aucune parcelle du contenu de l'intestin, faits nombreux, soit anciens, soit récents, dans lesquels, la laparotomie ayant été pratiquée quelques heures après la blessure, on ne trouva ni gaz ni matières intestinales dans la cavité péritonéale. Cette occlusion temporaire de la plaie, j'accorde qu'elle soit très précaire ; mais elle permet peut-être à des adhérences protectrices de se former autour de la plaie ; l'on sait avec quelle rapidité celles-ci peuvent s'organiser. Le bouchon muqueux saillant au travers de la plaie doit empêcher ces adhérences de se produire, dit-on ; mais, dans le cas que je viens de rapporter, l'occlusion par la muqueuse, tout en paraissant parfaite, s'était faite sans hernie, à proprement parler, de la muqueuse, sans aucune saillie de cette dernière à la surface de la séreuse. Enfin, l'on a beaucoup insisté sur ce fait que ce bouchon muqueux est septique, et qu'il constitue pour le péritoine un danger de plus ; j'en conviens dans une certaine mesure, et pourtant l'on sait que le péritoine tolère parfois la pénétration de petites parcelles de matières septiques sans être infecté, ces matières déterminant autour d'elles une zone d'inflammation, de péritonite plastique, qui les enkyste.

Tous ces arguments ne me paraissent pas avoir une grande valeur pour démontrer que les plaies de l'intestin ne peuvent guérir spontanément ; d'ailleurs, pour ma part, je n'attache qu'une importance très restreinte à la considération du mécanisme suivant lequel se fait cette guérison, et particulièrement à l'influence du bouchon muqueux sur l'évolution du processus curateur.

En signalant ce fait anatomique, je me proposais surtout de confirmer, par un exemple nouveau, des faits bien connus et en quelque sorte classiques qui avaient été récemment remis en discussion ; je n'ai jamais eu la pensée d'en tirer des conclusions rigoureuses touchant le mode de guérison spontané des lésions par coup de feu de l'intestin grêle.

J'insiste, au contraire, sur les points suivants : l'analogie de ce qui se passe pour certaines plaies de l'estomac produites par la même cause et qui peuvent guérir spontanément, ainsi que cela est surabondamment prouvé ; les résultats des expériences sur les animaux ; certaines observations, comme la mienne, qui paraissent absolument probantes ; un grand nombre d'autres où le siège des plaies d'entrée et de sortie de la balle, la direction du coup, certains phénomènes immédiats ou consécutifs font penser, sans en donner la certitude, que l'intestin grêle a dû être blessé par le

projectile, doivent nous faire admettre que les plaies, par projectile de petit calibre, de l'intestin grêle guérissent dans quelques cas sans intervention. Si nous n'avons pas, de ce fait, la démonstration indiscutable qui ne saurait résulter que de la constatation directe de la blessure, nous possédons, à défaut de preuves matérielles, des indices suffisants, et nous sommes en droit de dire qu'on ne peut nier d'une manière générale la possibilité de la cure spontanée des blessures de l'intestin grêle par projectile de petit calibre, et qu'on peut encore moins fonder, sur cette assertion théorique, une innovation comme celle que l'on semble vouloir introduire dans le traitement de cet ordre de lésions.

2° Pour autoriser l'intervention exploratrice, il faut être, en effet, convaincu que l'opération proposée ne fait pas courir au blessé plus de dangers qu'il n'en résulte pour lui de sa blessure, et qu'elle lui donne un nombre de chances de guérison supérieur à celui dont il aurait bénéficié si la plaie était restée abandonnée à elle-même : l'innocuité et l'efficacité de l'opération sont donc les conditions que les partisans de l'intervention préalable à l'apparition des premiers accidents font valoir, en les opposant à la désespérance absolue du pronostic si la blessure est abandonnée à sa marche naturelle.

Je n'ai rien à ajouter à ce que M. Reclus nous a dit sur l'innocuité prétendue de la laparotomie exploratrice pratiquée dans les cas de plaie pénétrante de l'abdomen. Ce n'est plus l'incision minimum que l'on pratique de propos délibéré, à l'heure propice, en s'entourant de toutes les garanties désirables, pour examiner de plus près une lésion dont on connaît le siège précis : c'est une opération qui n'a d'analogue que celle à laquelle nous avons recours pour rechercher l'agent d'un étranglement interne; c'est une inspection qui doit porter sur toute la longueur du tube digestif, sur la totalité des organes contenus dans le ventre, sous peine de demeurer inutile, il en existe trop d'exemples, et ma dernière observation le prouve; elle nécessite, par conséquent, l'ouverture large de la paroi et l'exposition prolongée à l'air des viscères abdominaux. Aussi M. Trélat considère-t-il cette opération comme une intervention d'un genre tout particulier et refuse-t-il de la compter comme une simple laparotomie. Je ne puis donc envisager, avec autant d'indifférence que M. Lucas-Championnière, l'idée que l'on pourrait être exposé à la pratiquer pour une plaie n'intéressant que la paroi de l'abdomen, ce qui arrivera nécessairement aux partisans de l'intervention exploratrice s'ils agissent suivant leurs principes et s'ils se laissent guider, dans leur conduite, non par la certitude, mais par la présomption qu'il existe une lésion intestinale.

Si tout au moins l'intervention chirurgicale, même grave par elle-même, présentait des garanties d'efficacité suffisantes! Mais elle n'a guère donné, jusqu'à présent, que des espérances, et bien peu de résultats heureux. Voici plus d'un an que cette question est à l'ordre du jour; qu'en France, notamment, elle a été portée à la Société de chirurgie une première fois, puis au Congrès français de chirurgie, où la discussion sur ce sujet a été annoncée six mois à l'avance; elle revient aujourd'hui devant vous, et pendant cette longue succession de mois, où le problème de l'intervention dans les plaies par coup de feu de l'intestin est certainement resté présent à l'esprit de tous les chirurgiens français, avons-nous pu compter à son actif une opération suivie d'un succès?

On en cite des exemples à l'étranger, aux États-Unis, dont les mœurs, qui tendent de plus en plus à devenir les nôtres, multiplient à l'infini les occasions qu'ont les chirurgiens américains de voir et de traiter des cas de cette nature. J'ai voulu rechercher brièvement, en me servant uniquement des sources bibliographiques que je pouvais avoir sous la main, de la *Revue des Sciences médicales*, de l'*Index medicus*, de quelques collections de journaux américains, les cas de laparotomie pratiquée pour des coups de feu de l'abdomen dans ces deux dernières années : je suis heureux de dire que j'ai trouvé l'indication de trois beaux succès à l'actif de l'intervention chirurgicale précoce :

W. J. Bull[1], sur un sujet de 25 ans, découvrit et sutura une double plaie de l'intestin grêle par coup de revolver; son opéré guérit, mais après de graves complications (rupture de la cicatrice abdominale et protrusion des viscères par cette ouverture).

C. Hollock[2], sur un garçon de 16 ans, sutura avec succès trois plaies intestinales siégeant, deux sur le côlon, une sur l'intestin grêle.

John B. Hamilton[3], chez un mulâtre de 19 ans, découvrit onze plaies de l'intestin grêle, deux du côlon, et en pratiqua l'occlusion. Le blessé guérit.

Mais à côté de ces trois cas heureux, quelle longue et déplorable suite de faits où l'intervention chirurgicale a été tout au moins inutile!

C. K. Briddon[4], sur une femme dont l'âge n'est pas indiqué, pratique, le lendemain de la blessure, la laparotomie pour une plaie par balle de revolver dans la région sus-ombilicale ; il trouve, non

[1] *New York surgical Society*, 11 octobre 1886.
[2] *Medical News*, 30 avril 1887.
[3] *Journal of American Association*, 22 août 1885.
[4] *New York surgical Society*, 8 décembre 1886, et *New York med. Journ.*, 1887, p. 20.

sans peine, deux plaies de l'estomac qu'il suture. La malade étant morte de péritonite, on trouve quatre plaies du jéjunum qui avaient été méconnues.

F.-G. Richardson [1] pratique la laparotomie exploratrice dans des conditions analogues, suture l'intestin. Son opéré succombe.

Seymour [2], dans un cas semblable, dut faire la résection du côlon, la suture de plusieurs plaies de l'intestin grêle. Son opéré mourut.

C.-A. Jersey [3], pour une plaie siégeant au-dessous et un peu à droite de l'ombilic, pratique, vingt heures après la blessure, la laparotomie. Il découvre trois plaies siégeant sur la même anse d'intestin grêle, trois perforations du mésentère. L'autopsie démontre qu'aucune blessure de l'intestin n'avait échappé au chirurgien.

Fr. S. Dennis [4], dans un intéressant travail, rapporte plusieurs faits intéressants, un, entre autres, de laparotomie exploratrice au cours de laquelle on put constater qu'il n'y avait pas de plaie viscérale. L'opéré guérit heureusement. Il n'en fut pas de même de deux autres blessés, qui furent laparotomisés pour des plaies pénétrantes par coup de revolver : chez l'un d'eux, âgé de 33 ans, l'opération, pratiquée aussitôt, ne permit pas de découvrir de plaie de l'intestin ; à l'autopsie, on trouva que la balle avait traversé le foie et blessé la veine porte dans le sillon transverse. Chez l'autre, blessé d'un coup de revolver à 1 pouce et demi de l'ombilic, on put suturer l'intestin, mais on ne put trouver la source d'une hémorrhagie formidable qui obligea d'abréger l'opération. L'autopsie fit voir qu'une des veines iliaques était blessée.

W. T. Bull [5], dont j'ai cité le cas heureux, perdit, au cours même de l'opération, un blessé dont la balle, entrée à 3 pouces de l'ombilic, était ressortie par le flanc après avoir traversé le foie.

Abbe [6], dans la même séance de la Société chirurgicale de New-York, citait un autre cas de mort survenu neuf heures après la laparotomie, bien que celle-ci eût permis de reconnaître et de fermer une quadruple perforation de l'intestin et de la vessie.

Thomas S. K. Morton [7] pratique avec le même insuccès l'ouverture du ventre pour une plaie par balle de revolver siégeant au-dessous et à droite de l'ombilic. La balle avait traversé le

[1] *New Orleans med. and surg. Journal*, 1885-1886, N. S., t. XIII, p. 867.
[2] *New York med. Journal*, 1886, t. XLIV, p. 209.
[3] *New York medical Record*, 1886, t. XXX, p. 433.
[4] *Medical News*, 27 février 1886.
[5] et [6] *New York surgical Society*, 11 octobre 1886.
[7] *Journal of American medical Association*, 26 février 1887.

grand épiploon, l'estomac, le diaphragme. Le blessé meurt six heures après l'opération.

B. A. Kinloch [1] recourt à la laparotomie deux heures après la blessure, chez un homme de 27 ans qui a reçu une balle de pistolet à gauche de l'ombilic. On recoud quatre plaies du jéjunum, deux de l'iléon, deux du mésentère; quoiqu'il n'y ait pas d'épanchement de matières ni de gaz dans le péritoine, l'opéré est enlevé le lendemain par une péritonite septique.

Isaac Warren [2] opère, vingt heures après la blessure, un homme qui avait reçu une balle de revolver entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure. On trouve cinq plaies de l'intestin grêle, deux du mésentère. Le blessé meurt au bout de quatorze heures.

John H. Packard [3] traite un homme de 33 ans qui a reçu un coup de revolver à deux pouces à gauche et au-dessus de l'ombilic; le blessé est dans le collapsus et présente des vomissements sanguins. La laparotomie, faite une heure après l'accident, montre onze perforations de l'intestin grêle et une dilacération de ce viscère qui nécessite une entérectomie : l'hémorrhagie était due à la blessure de la veine iliaque interne. L'opéré meurt, dix-huit heures après, de péritonite.

W. Keen [4] rapporte le fait d'une jeune fille de 18 ans qui s'était tiré un coup de pistolet vers la neuvième côte : il y avait eu un abondant vomissement de sang pur. Neuf heures après l'accident, la laparotomie fit reconnaître une plaie du pylore, une autre sur l'intestin grêle. Le rein gauche, qui était dilacéré, fut extirpé. La mort survint par péritonite.

E. J. Lutz [5] rapporte le cas suivant : Un homme de 38 ans, qui a reçu une balle dans le ventre, présente des phénomènes d'épanchement intra-abdominal. L'opération, pratiquée au bout de quelques heures, fait reconnaître l'existence de quatre plaies du jéjunum, de deux de l'iléon, de deux autres du mésentère. L'autopsie prouve qu'on avait bien découvert et suturé, mais en vain, toutes les ouvertures de l'intestin.

Voici donc, pour trois succès, quatorze cas, recueillis dans le même espace de temps et dans les mêmes conditions, où l'intervention chirurgicale est restée insuffisante. Cette statistique sommaire n'a certainement pas la prétention d'être complète ni de donner la relation exacte des cas heureux et des insuccès...

[1] *New York medical Record*, 1887, t. I, p. 618.
[2] *New Yord medical Journal*, 17 septembre 1887, p. 325.
[3] *Medical News*, 26 mars 1887.
[4] *Medical News*, 14 mai 1887.
[5] *Journal of American medical Association*, 14 janvier 1888, p. 53.

M. Reclus. La proportion des insuccès dans une statistique intégrale serait bien plus considérable.

M. Berger. Je pense, comme M. Reclus, que dans les faits publiés nous retrouvons la presque totalité des cas favorables, et une très faible partie des insuccès seulement. M. Le Fort insistait tout à l'heure avec raison sur les causes de cette imperfection des statistiques : elle provient de ce que les opérations suivies de succès paraissent à leurs auteurs bien plus dignes d'intérêt, à cause de leur rareté même, que les cas contraires. Quoi qu'il en soit, une autre série de faits réunis par Thomas S. K. Morton, dans le travail que je citais il y a un instant, nous donne, sur 56 cas d'intervention chirurgicale pour plaies de l'intestin de toute espèce, 36 cas suivis de mort pour 21 guérisons ; mais il faut observer que cette statistique comprend des plaies avec hernie de l'intestin blessé, faits de tous les plus favorables à l'intervention ; j'ai publié l'année dernière un beau succès que j'ai obtenu dans un cas de ce genre. Au contraire, sur 22 cas de plaie par coup de feu avec intervention chirurgicale réunis par Morton, il y a eu 17 morts et 5 guérisons seulement. Il en est de cette statistique comme de celle que j'ai sommairement rassemblée : elle est bien éloignée de donner la relation véritable des succès aux insuccès, et comme cette proportion, déjà bien faible si l'on s'en tient aux faits connus, devrait l'être encore bien davantage si l'on possédait toutes les observations, on arrive à se demander d'où peut venir un tel enthousiasme pour une thérapeutique dont on compte les rares bienfaits et dont on constate à chaque instant l'impuissance.

Cet engouement n'est pas, d'ailleurs, partagé par tous les chirurgiens, même en Amérique : dans la discussion qui s'est élevée sur ce point à l'Académie de médecine de New-York, le 14 décembre 1885, tandis que Bryant se déclarait partisan de la laparotomie exploratrice immédiate dans tous les cas de plaie par coup de feu de l'abdomen, Williston Wright et P. Weir donnaient la préférence à l'expectation dans le cas de plaie par petits projectiles, à moins qu'il n'y eût quelque indication particulière indiquant une lésion viscérale grave. En revanche, ils admettaient avec A. Post que l'intervention doit être la règle quand il existe les signes d'un épanchement stercoral, et même que l'incision abdominale peut seule faire reconnaître certaines hémorrhagies intra-péritonéales qui ne sont révélées que par des symptômes de collapsus trop souvent rapportés au shock traumatique.

Ce sont des conclusions sages auxquelles je me range volontiers ; on ne saurait assez se garder de ces entraînements qui portent à adopter, presque sans contrôle, une opération parce qu'elle

paraît rationnelle et qu'elle a pour elle un ou deux succès éclatants. Jugez-en par ce qui vient de se passer à l'occasion justement des plaies par coup de feu du rein, au cours même de cette discussion : quand M. Desprès a demandé s'il existait des exemples de guérison à la suite de plaies de cette espèce traitées par la néphrectomie, il nous a semblé qu'il fût à peine nécessaire de les lui citer, tant l'opération pratiquée dans ces conditions nous paraissait légitime ; nous ne doutions pas qu'il n'en eût été publié un nombre respectable. Eh bien ! les quelques recherches que j'ai pu faire depuis lors n'ont point confirmé cette présomption, elle me font croire, au contraire, que ces exemples sont rares, très rares.

La thèse si complète de M. Brodeur [1], qui renferme l'énumération de presque tous les cas de néphrectomie pratiquée jusqu'en 1887, contient bien l'indication de 14 cas d'intervention chirurgicale pour lésions traumatiques du rein ; mais il ne s'agit guère que de ruptures, de contusions du rein, de quelque cas de hernie de ce viscère au travers d'une plaie ; pas un seul fait de plaie par coup de feu.

Dans un remarquable mémoire paru en 1885 [2], S. W. Gross a réuni 233 cas de néphrectomie, et il envisage les indications de toute espèce qui peuvent donner lieu à cette opération. Parmi ces 233 observations, une seule a trait à une blessure par coup de feu du rein ; l'opération fut faite tardivement, alors que la suppuration s'était déclarée ; l'auteur ne dit rien de la terminaison qui fut observée dans le cas en question.

Dans un récent article, Edw. Otis [3] a cité 98 cas de blessures du rein ayant, dans 50 d'entre eux, déterminé la mort ; il conclut à la nécessité de pratiquer la néphrectomie quand les moyens ordinaires n'ont pas réussi à arrêter l'hémorrhagie rénale, mais il ne paraît pas connaître de fait où cette opération ait été pratiquée pour une semblable complication.

Enfin, P. Wagner [4], dans une revue générale, tout dernièrement parue sur la chirurgie du rein, ne dit que peu de chose des lésions traumatiques de cet organe et ne mentionne aucun fait de plaie par coup de feu suivi d'intervention.

Voici les deux seuls faits de cet ordre dont j'ai retrouvé l'indication :

C'est d'abord ce cas de la pratique de W. Keen, qui, sur une

[1] *De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein*, Paris, Masson, 1886, p. 254.

[2] *American surgical Association*, avril 1885.

[3] *Boston medical and surgical Journal*, 13 et 20 octobre 1887.

[4] *Schmidt's Jahrbücher*, 1887, Heft 213, p. 272.

jeune fille de 18 ans, extirpa le rein gauche blessé par une balle qui avait gravement dilacéré l'intestin : l'opérée mourut.

Le deuxième fait est moins malheureux : M. Price [1] a pratiqué la néphrectomie pour une plaie du rein par balle de revolver ; l'opéré était en assez bon état vers le dix-neuvième jour après l'opération, mais on notait encore 38°,5 de température. La fin de l'observation n'est pas connue.

Voici, en revanche, une observation non moins intéressante mais absolument différente que rapporte M. Hayes, chirurgien militaire anglais [2] : un soldat est atteint dans la région lombaire par une balle de fusil Martini, qui sort par la région ombilicale. Hémorrhagie profuse par la plaie d'abord : puis hématuries consécutives répétées ; et pourtant la guérison spontanée survint et fut complète.

Tels sont les seuls faits que m'aient fait découvrir mes investigations très sommaires pratiquées pour les deux années qui se sont écoulées depuis que la thèse de M. Brodeur a paru. Je ne veux nullement affirmer qu'il n'en existe pas d'autre ; je suis néanmoins porté à croire qu'ils ne doivent pas être en nombre bien considérable. Ceux que je viens de citer, s'ils justifient la néphrectomie pratiquée dans les cas où une complication telle qu'une hémorrhagie menace l'existence à la suite d'une plaie par coup de feu du rein, ne permettent nullement de conclure que, dans toutes les lésions de cet ordre, on doive procéder à l'extirpation de l'organe blessé.

Je crois, Messieurs, qu'on doit accueillir avec plus de réserve les opérations de cet ordre, lorsqu'elles n'ont pas encore fait leurs preuves : particulièrement en ce qui concerne les plaies pénétrantes de l'abdomen par projectile de petit calibre, il faut reconnaître que l'intervention chirurgicale n'a pas donné les résultats que l'on pouvait attendre d'elle. Il me semble donc légitime d'attendre, pour agrandir le cadre de ses indications, qu'elle ait un peu mieux justifié les espérances que l'on avait placées sur elle. Pour ma part, tout en continuant à avoir recours à elle dans les cas où le développement d'accidents péritonéaux même légers, même à leur premier début, indique le commencement de cette progression fatale qui conduit presque sûrement le malade à la mort, je me refuse à l'admettre lorsque la pénétration de la blessure et l'existence de lésions viscérales sont douteuses. En tenant compte des conditions inhérentes à chaque cas particulier et qui, en pareille matière, ne permettent pas d'établir de règle absolument précise,

[1] *Philadelphia medical News*, 1888.
[2] *British medical Journal*, 1886, t. I, p. 150.

je conclus donc en acceptant l'intervention chirurgicale dans les cas où la pénétration du projectile ou, d'une manière plus générale, de la blessure, est démontrée par l'existence d'accidents péritonéaux — en la repoussant en tant que laparotomie exploratrice dans les cas où la pénétration est incertaine.

Présentation de pièce.

Fracture du bassin et luxation sacro-iliaque.

M. Léon Le Fort. La pièce anatomique que j'ai l'honneur de vous présenter est intéressante au point de vue chirurgical et même au point de vue de la médecine légale. C'est une quadruple fracture du bassin accompagnée de luxation sacro-iliaque du côté gauche. Voici l'histoire du malade.

Le 14 décembre 1887, le malade, fort et vigoureux, âgé de 20 ans, travaillait sur le bord d'un bateau-mouche à arranger les amarres ; il était placé en dehors de la balustrade. Un second bateau, marchant à contre bord du premier, vint serrer fortement le malade et le rouler entre les deux balustrades. Il put se retenir, et, une fois dégagé, sauta à deux pieds au-dessus de la balustrade en prenant point d'appui avec les deux mains. Malgré la douleur qu'il ressentait dans le ventre, il ne perdit pas connaissance, se fit déposer au ponton suivant et vint à pied jusqu'à l'hôpital Necker, soutenu par deux camarades.

Je le vis le 15 décembre, au matin. Il se plaignait de violentes douleurs dans le ventre, qui était assez fortement ballonné, et dans la cuisse gauche. Les commémoratifs me faisaient craindre une fracture du bassin. Il n'y avait ni au sacrum, ni à la verge, ni sur le pubis, en résumé nulle part, d'ecchymose appréciable. La pression sur le pubis, sur les branches de l'ischion, au point où existent les fractures, n'amenait aucune douleur. Il en était de même dans les pressions exercées soit pour rapprocher, soit pour écarter les os du bassin. Je ne trouvai donc de ce côté, malgré une exploration attentive, aucun signe de fracture. L'examen de la partie postérieure fut plus difficile, car on ne pouvait déplacer le malade sans réveiller de vives douleurs dans le ventre et dans la région lombaire. Par là encore, je ne trouvai rien à noter du côté du sacrum ou des os iliaques. La sensibilité extrême du ventre, son état de ballonnement, me faisaient redouter des lésions du foie ou des viscères abdominaux ; le malade n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures, je retire avec la sonde une abondante quantité d'urine de couleur foncée, mais ne contenant pas de sang. (Bouillon, sirop diacode.)

16 *décembre*. Pas de fièvre, même état, selle spontanée.

18 *décembre*. Nuit agitée, pas de frissons, mais la face est pâle, légèrement grippée. Température, le soir, 38°,6.

19 *décembre*. La veille, diarrhée, huit selles. Délire pendant la nuit. Pouls, 105 ; température, 38° ; abdomen douloureux et ballonné.

20 *décembre*. Délire violent, vomissements d'abord verdâtres, puis brunâtres. Température, 38°,6 ; le soir, 39°. Mort dans la nuit du 21 décembre.

A l'autopsie on trouve les intestins distendus, mais avec leur couleur normale. Pas de liquide dans l'abdomen, pas de péritonite. Aucune perforation ni de l'intestin, ni de la vessie. Le foie, les reins, la rate, les poumons sont sains. Les deux grands psoas sont infiltrés de sang. Quand on cherche à déplacer la vessie, on voit s'écouler de chaque côté une petite quantité de pus, surtout à gauche. A gauche, le pus n'existe que dans la cavité pelvienne, mais à droite il a traversé le trou obturateur et forme une petite collection à la racine de la cuisse.

En continuant les recherches, on constate, comme vous pouvez le voir, quatre fractures portant sur les deux branches horizontales et sur les deux branches descendantes du pubis. A droite les fragments sont assez bien en rapport, mais à gauche un fragment détaché faisait une saillie directement en arrière et venait appuyer sur la face antérieure de la vessie lorsqu'elle était distendue. L'os iliaque gauche est complètement détaché en arrière du sacrum, et luxé sur cet os. Les ligaments sacro-iliaques postérieurs ont résisté et ont entraîné avec eux des fragments de l'os iliaque. La quatrième vertèbre dorsale présente une petite fracture au niveau du trou de conjugaison du côté droit.

Malgré ces lésions multiples, l'examen attentif n'avait pu révéler leur existence, voilée par la sensibilité extrême et par le ballonnement du ventre et surtout par l'absence de douleur à la pression au niveau des fractures. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que cet homme, malgré une quadruple fracture du bassin, une luxation sacro-iliaque, une fracture du sacrum, a pu prendre un élan suffisant avec les pieds pour sauter au-dessus d'une balustrade en prenant point d'appui sur les mains, et faire, à pied, un assez long trajet pour venir à l'hôpital. J'ai dit que le fait était intéressant au point de vue de la médecine légale, car si on trouvait un blessé incapable de donner des renseignements, atteint des lésions que présentait ce malade, on aurait peine à admettre qu'il aurait été blessé à deux kilomètres de ce point, et qu'il aurait pu, après la blessure, sauter une barrière et faire, à pied, un aussi long trajet.

Présentation de malade.

Amputation ostéo-plastique du pied par la méthode de M. Le Fort.

M. Berger présente un homme d'une cinquantaine d'années sur lequel il a pratiqué l'amputation ostéo-plastique du pied par la

méthode de M. Le Fort. Il s'agissait d'une tumeur blanche ancienne de l'articulation tibio-tarsienne, qui avait été traitée infructueusement par l'ignipuncture et l'immobilisation pendant de longs mois. Les fongosités avaient envahi toutes les gaines synoviales tendineuses péri-articulaires ; il existait des lésions articulaires de l'astragale et de l'extrémité inférieure du tibia au niveau de la malléole interne. L'opération se fit sans difficulté, mais il fallut enlever à la cuiller tranchante les fongosités péri-articulaires. M. Berger fixa le plateau du calcanéum au tibia au moyen d'une longue cheville en os de veau parfaitement aseptique, qui fut enfoncée au moyen d'une petite incision faite au talon. Réunion et pansement à l'iodoforme.

La guérison se fit par première intention, en deux pansements renouvelés à quinze jours d'intervalle. Au bout de quatre semaines on retira, avec un drain, la cheville en os dont l'extrémité avait été laissée en dehors des parties molles ; ce ne fut pas sans peine ; la cheville était déjà en voie de résorption et fortement érodée sur toute sa circonférence. La consolidation du plateau calcanéen avec le tibia était parfaite. Le résultat physique lui-même est très satisfaisant ; il n'y a pas de récidive de fongosités, depuis quatre mois que l'opération a été faite; l'opéré peut appuyer sur son talon et marcher avec une chaussure spéciale.

M. Berger s'est servi avec succès de la fixation temporaire des extrémités osseuses par le moyen de chevilles aseptiques en os de veau, dans d'autres cas de résection.

Lecture et Présentation de pièces.

M. Brun lit une observation de résection articulaire pour *orteil en marteau* et présente les fragments osseux enlevés. (M. Terrier, rapporteur.)

Élection d'un membre titulaire.

Liste présentée par la commission.

En première ligne : M. Prengrueber.
En deuxième ligne : M. Routier.
En troisième ligne : MM. Brun, Delorme, Jalaguier.

1er *Tour de scrutin.* — Votants, 29; majorité, 15.

MM.	Prengrueber	14 voix.
	Routier	12 —
	Jalaguier	2 —
	Brun	1 —

Pas de résultat.

2e *Tour de scrutin.* — Votants, 32; majorité, 17.

MM.	Prengrueber	19 voix.
	Routier	12 —
	Delorme	1 —

M. Prengrueber est élu.

La séance est levée à 5 heures 25 minutes.

Le Secrétaire,
Ch. Monod.

Séance du 2 mai 1888.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de remerciements de M. Prengrueber, nommé membre titulaire dans la dernière séance;

3° M. le professeur Lannelongue demande un congé pendant la durée du concours de chirurgie.

M. Bousquet (de Clermont-Ferrand) et M. Raimbert (de Châteaudun), membres correspondants, assistent à la séance.

A propos du procès-verbal.

Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau.

M. Monod. Dans la nuit de dimanche à lundi, on apportait dans mon service, en état de mort apparente, un homme qui avait reçu un coup de couteau dans la région épigastrique. L'estomac et l'épiploon faisaient hernie. Mon interne, M. Vigneron, aidé de son collègue, M. Lamotte, très au courant l'un et l'autre des pratiques de l'antisepsie, firent la résection de l'épiploon, nettoyèrent et réduisirent l'estomac, fermèrent la plaie péritonéale, et terminèrent par la suture des parties molles et de la peau. Aujourd'hui, trois jours après l'accident, le blessé est en bon état.

Ce fait vient à l'appui des idées que M. Le Fort défendait dans la dernière séance. Il constitue une nouvelle preuve de la possibilité des plaies pénétrantes de l'abdomen sans lésion viscérale. En effet, lors du pansement fait par mes internes, aucune lésion d'organe n'a pu être constatée, et la suite, particulièrement favorable à l'observation, prouve qu'il ne pouvait y en avoir de cachée.

Plaie pénétrante de l'abdomen. Hernie de l'estomac et de l'épiploon. Résection de l'épiploon. Réunion. (Observation recueillie par M. Vigneron, interne.)

Le dimanche 27 avril, vers sept heures du soir, le nommé J. T..., âgé de 51 ans, reçoit, en sortant de table, un coup de couteau dans la partie supérieure de l'abdomen. Très probablement l'estomac fait hernie aussitôt, car les trois médecins qui sont appelés auprès de lui placent une pince sur une artériole qui saigne vers la petite courbure; c'est tout ce qu'ils font. Ils déclarent qu'il va mourir. On le place sur une charrette qui vient au pas du Perreux (près de Neuilly-sur-Marne) à Saint-Antoine, où il arrive vers une heure du matin.

L'interne de garde nous fait appeler; il est près de deux heures du matin quand mon excellent collègue Lamotte et moi voyons le blessé, enfin déshabillé et couché. Il vomit déjà (on l'a fait boire en route); il souffre énormément, nous supplie de le laisser mourir tranquille. L'interne de garde commence à lui donner du chloroforme.

Nous trouvons une hernie énorme de l'estomac, rempli de matières alimentaires; les deux tiers de l'estomac sont dehors. Une vaste portion de l'épiploon fait coussin entre la paroi abdominale et l'estomac. Le tout est froid (on l'a fait venir avec une vessie de cochon remplie d'eau sur l'estomac; de plus, il était sur une charrette découverte). L'estomac et l'épiploon sont couverts de brindilles de la paille sur laquelle on l'avait étendu.

Toute la portion herniée est soigneusement lavée à la solution phéniquée à 1/20 et débarrassée des saletés qui la recouvrent. Le tout est protégé ensuite avec des compresses chaudes bouillies dans la solution forte. Nous lavons et désinfectons aussi bien que possible la paroi abdominale, mais, mal éclairés, il nous est impossible de raser complètement cette paroi, très poilue, craignant de blesser l'estomac ou d'introduire quelques poils dans la cavité péritonéale.

Constatant alors que l'estomac est absolument étranglé, que rien ne peut entrer (pas même un stylet) par la plaie, nous faisons une incision verticale de 5 centimètres environ, qui nous permet de réduire l'estomac après l'avoir de nouveau lavé à la solution forte et tiède, et avoir mis un catgut sur l'artériole pincée par les médecins.

L'épiploon est attiré au dehors le plus possible : des compresses chaudes maintiennent l'estomac réduit. Sur la portion saine de l'épiploon que nous venons d'attirer au dehors, nous passons avec l'aiguille de Reverdin huit doubles de catgut, qui nous donnent neuf pédicules à travers la largeur de l'épiploon. Ces doubles sont entre-croisés et liés. Nous sectionnons en avant de ce pédicule en chaîne environ deux surfaces de main d'épiploon. L'hémostase est parfaite. Nous touchons le pédicule à la solution forte et le lâchons dans l'abdomen.

Les lèvres du péritoine sont réunies par six sutures au catgut. La plaie primitive était longue de 6 bons centimètres; elle commençait au-dessous de l'appendice xyphoïde et se dirigeait obliquement à gauche presque parallèlement au rebord des cartilages costaux. La plaie que nous avons faite pour réduire était verticale; elle coupe la première presque en son milieu. A gauche de la plaie primitive existe un petit décollement du péritoine long de 1 centimètre et demi environ. Nous le lavons soigneusement à la solution forte, négligeant de l'inciser pour le désinfecter complètement. Les lèvres de la plaie sont réunies par neuf points de suture au catgut (n'ayant pas de crins de Florence sous la main), dont trois profonds.

Pansement : gaze iodoformée, sachets de poudre antiseptique, makintosh, ouate de tourbe, bandage de corps. Champagne glacé; piqûre de morphine : 1 centigramme.

Le blessé se réveille facilement, puis se rendort vite et ne vomit plus.

A dix heures du matin, nous le trouvons très calme, ne souffrant pas, la respiration régulière. Matin : P. 90, T. 37°,6.

La journée est très tranquille. Il ne prend que du bouillon froid, de la glace et du champagne. Soir : P. 92, T. 37°,8.

1er *mai*. Langue un peu sèche. La nuit a été calme; le malade a dormi avec une piqûre de morphine. Matin : 120, T. 38°,4.

Le soir, une garde-robe abondante au moment même où on allait lui donner un lavement; pas de sang dans les matières; même régime. Soir : P. 110, T. 38°,4.

2 *mai*. Le blessé a très bien dormi; il reste très calme. Respiration très régulière; langue humide. Matin : Pouls 90, T. 37°,6[1].

[1] Aujourd'hui même 30 mai, au moment où cette note est sous presse,

Rapport.

Contribution à l'étude des effets des nouveaux projectiles de petit calibre, par le Dr MEYNIER, *médecin-major de 1re classe,*

Rapport par M. CHAUVEL.

La communication de notre collègue de l'armée comprend deux parties bien distinctes. La première est l'exposé de deux blessures par les balles du fusil modèle 1874, plus connu sous le nom de fusil *Gras;* la seconde contient des observations générales sur les effets des projectiles modernes et des vues parfois théoriques, des explications discutables. Je les examinerai successivement. D'abord voyons les faits.

OBSERVATION. — P..., soldat au 132e de ligne, est blessé à la main gauche le 11 juin 1887, dans un tir à rangs serrés, par une balle venue d'un tireur placé derrière lui, ainsi que le montre le siège des lésions. Pénétrant par le bord interne, le projectile brise le cinquième métacarpien en son milieu, le quatrième au tiers inférieur, le troisième dans son articulation phalangienne, puis il sort par le deuxième espace interdigital, en emportant la presque totalité de l'index. Les téguments et les parties molles dorsales, en grande partie détruites, forment un magma noirâtre, une bouillie semée de nombreuses esquilles. On dirait une explosion du dos de la main. Les bords frangés de la perte de substance sont incrustés d'une poussière noire qui nous donnera, plus tard, dit M. Meynier, les réactions du plomb. La balle ne fut pas retrouvée; elle était en plomb durci et de 11 millimètres de diamètre.

Notre collègue se décida, après régularisation de la plaie dorsale, n'ayant pas suffisamment de lambeau pour amputer les quatre derniers métacarpiens dans la continuité, à pratiquer d'avant en arrière, avec un lambeau palmaire, la désarticulation de ces os. La réunion immédiate fut obtenue sans fièvre, sans suppuration.

OBS. II. — Quelques jours plus tard, entrait au même hôpital du camp de Châlons le soldat B..., du 106e de ligne, atteint, lui aussi, pendant un tir à rangs serrés, d'un coup de feu à l'indicateur droit. La phalangette avait été frappée d'arrière en avant et de droite à gauche sur sa face externe. La perte de substance intéressait les parties molles refoulées vers l'ongle, le condyle externe et même la diaphyse de l'os, ouvrant l'articulation supérieure. M. Meynier se contenta des pansements antiseptiques combinés avec l'immobilisation. La cure

notre blessé quitte l'hôpital, guéri. La plaie des parties molles s'est désunie, mais la suture du péritoine a tenu. Il s'est donc fait une suppuration extra-abdominale, inflammation locale simple, qui ne s'est jamais accompagnée d'aucun phénomène inquiétant.

fut rapide, et le blessé put reprendre ses occupations après quelques jours de repos. Il s'agissait aussi d'une balle de plomb durci de 11 millimètres de diamètre.

Notre collègue n'a pu avoir l'occasion de voir les effets des balles de 8 millimètres à chemise de maillechort; mais, d'après lui, les expériences tendent à rapprocher ces deux projectiles comme effets généraux, surtout pour les tirs de très près et le choc contre des corps résistants.

Notre collègue rappelle à ce propos l'explosion véritable par division mécanique, la fusion et même la volatilisation observées sur les balles de plomb pur, de plomb durci, tirées avec une vitesse considérable contre des cibles d'acier. D'après les expériences de M. le capitaine Journée, les projectiles de plomb à enveloppe d'acier, de cuivre, de maillechort, même les projectiles d'acier plein, pourraient, dans des conditions déterminées, subir le même morcellement. Je vous présente une planchette de bois, dont la face, en contact avec la cible de métal, a reçu les débris d'une balle modèle 1886 tirée à bout portant.

Ces faits ne sont pas contestables, mais il n'en est plus de même des assertions suivantes de M. Meynier : « Une balle en plomb, pur ou durci, qui rencontre le *tissu compact d'un os éclate* lorsque la vitesse d'arrivée dépasse 120 mètres, et cela d'autant plus complètement que la vitesse est plus considérable et l'os plus résistant. Les balles et enveloppes métalliques *éclatent* lorsque la vitesse atteint 150 à 200 mètres, suivant la densité de l'enveloppe. Des débris plus ou moins minces du *plomb et du métal d'enveloppe* restent dans la plaie, mais le reste sort presque toujours avec une force capable de produire d'autres blessures. Le plomb sublimé se dépose sur les chairs environnantes et leur donne une teinte noirâtre. »

De nombreuses expériences, les observations cliniques prouvent que la teinte noirâtre que peuvent présenter les chairs au voisinage d'une fracture par coup de feu est absolument exceptionnelle, sauf dans le tir à bout portant. Mais il s'agit alors de vitesses de 350, de 400, de 500 mètres. A une distance de 400 à 500 mètres, lorsque la vitesse diminue, les effets explosifs cessent de se produire. Sans doute les balles de plomb pur, de plomb durci, se déforment, s'aplatissent par le choc sur les os résistants. Nos collègues Delorme, Bousquet, ont étudié, tous les chirurgiens d'armées ont noté ces déformations singulières, soumises à des règles assez précises, qui se produisent encore aux longues distances. De là à un éclatement, à un morcellement du projectile, il y a loin.

A plus forte raison, en est-il de même pour les balles à enveloppe résistante. Il y a plus d'une année, j'ai communiqué à la Société (février 1887) les résultats d'expériences faites avec les balles de 8 millimètres à enveloppe d'acier. Même avec les plus grandes vitesses, même après les fracas osseux les plus considérables, après avoir successivement broyé deux os compacts, résistants, jamais les projectiles n'ont présenté de déformations sensibles, moins encore de traces de morcellement, de division. Ces expériences, nous les avons dernièrement reprises avec des balles à enveloppes de maillechort, métal moins résistant que l'acier, et nous pouvons affirmer que ces projectiles ne se déforment, ne s'aplatissent, ne se morcellent par le choc sur les os les plus durs de l'homme, que dans des conditions absolument exceptionnelles. Nous pourrions dire que même avec la vitesse maximum, dans le tir à pleine charge et à bout portant, il n'y a presque jamais d'éclatement de la balle.

Peut-être n'en est-il pas de même pour le squelette plus compact, plus dur, de certains animaux et en particulier du cheval. Chez le cheval, les balles qui frappent certaines parties, comme les pieds, pourvues de tendons larges, épais, excessivement résistants, peuvent laisser dans les tissus des parcelles, une véritable poussière de plomb. Quelques pièces qui nous ont été envoyées par M. Meynier semblent sous ce rapport assez démonstratives ; nous regrettons de n'avoir pu les conserver. Ici encore, il ne faut pas conclure du cheval à l'homme, si l'on ne veut s'exposer à des erreurs.

Pour les os courts, les épiphyses des os longs, pour le tissu spongieux, dit M. Meynier, les nouvelles balles y creusent des canaux réguliers avec des fissures peu étendues. Leurs effets de pénétration, en raison de leur forme allongée et de leur vitesse considérable, se maintiennent jusqu'à des distances très éloignées, et bien peu, arrivant de plein fouet, s'arrêteront dans les tissus. Leurs blessures seront moins graves, et elles mériteront le nom d'*humanitaires* qu'on leur a déjà donné.

Je ne veux pas, dans ce court rapport, aborder l'étude complète des effets des balles nouvelles de petit calibre et des blessures qu'elles produisent ; ce sera l'objet d'une communication spéciale. Je vous propose, messieurs, d'adresser des remerciements à M. le docteur Meynier pour son intéressante communication, et de déposer son mémoire dans les Archives de la Société.

Rapport.

Sur trois observations adressées à la Société de Chirurgie par MM. LABROUE, AURIOL et VIGOT,

Rapport par E. KIRMISSON.

Messieurs, je viens vous rendre brièvement compte de trois observations qui nous ont été adressées par trois de nos confrères de province et que vous m'avez chargé d'analyser :

1° *Fracture de l'extrémité supérieure du tibia par cause indirecte,* par M. le D[r] LABROUE, médecin aide-major de première classe.

OBSERVATION (résumée). — Il s'agit d'un homme de 30 ans, boulanger, vigoureusement musclé, qui, pour éviter une chute, sauta, de la voiture sur laquelle il était monté, au fond d'un fossé de $1^m,50$ environ. Il tomba sur les pieds d'abord; puis, projeté en avant, il demeura étendu sur le sol. Dans cette chute, il eut conscience d'un fort mouvement de rotation en dedans de la jambe et du pied gauche. Appelé une heure après l'accident, le D[r] Labroue reconnut une fracture sous-condylienne de l'extrémité supérieure du tibia du même côté. Le trait de fracture, reconnaissable à une douleur bien localisée à la palpation, partait de la partie inférieure de la tubérosité interne du tibia, passait immédiatement au-dessus de la tubérosité antérieure, et se relevait un peu au côté externe, vers le sommet de la tête du péroné. On sentait, en outre, un fragment triangulaire, mobile, qui, formé aux dépens de la tubérosité externe de l'os, était compris entre la tubérosité antérieure du tibia et la tête du péroné. La crépitation était manifeste. Déjà le genou était le siège d'un épanchement considérable. Y avait-il pénétration du trait de fracture dans l'articulation ? L'auteur le pense, vu la douleur violente existant au côté interne, au niveau même de l'interligne articulaire. Toutefois, la guérison fut complète ; la raideur articulaire qui existait à la levée de l'appareil se dissipa rapidement sous l'influence des mouvements communiqués et du massage.

Ce qu'il y a de particulier dans le cas de M. Labroue, c'est que la consolidation fut rapide. Trente-huit jours après l'accident, l'appareil de Scultet qui avait été mis en place fut enlevé, et déjà, à ce moment, la consolidation était complète. C'est là un fait qui contraste de la façon la plus heureuse avec ce qu'on observe dans l'immense majorité des fractures de l'extrémité supérieure du tibia, dans lesquelles, on le sait, la consolidation est ordinairement fort lente.

Quant au mécanisme, il vient à l'appui de ce qui est enseigné depuis longtemps par le professeur Richet, de ce qui a été établi par notre ami Heydenreich, dans sa thèse de 1877, à savoir que ces fractures de l'extrémité supérieure du tibia se produisent par un véritable arrachement auquel se joint habituellement un mouvement de torsion. Là-dessus, nous sommes absolument d'accord avec l'auteur de l'observation, M. Labroue; mais où nous différons d'opinion avec lui, c'est quand il pense que son observation « est peut-être la seule des fractures de l'extrémité supérieure de la jambe avec intégrité du péroné ». Les souvenirs de notre confrère l'ont mal servi; on trouve, en effet, bon nombre d'exemples de fractures de l'extrémité supérieure du tibia, sans fracture du péroné. Un point digne d'être mentionné dans cette observation, c'est l'âge du sujet, 30 ans; c'est, en effet, à une période plus avancée de l'existence, que se rencontrent habituellement les fractures de l'extrémité supérieure du tibia.

2° *Plaie contuse du scrotum produite par écrasement. Hernie complète des deux testicules. Réduction. Guérison*, par le Dr Auriol (de Bellegarde).

Observation (résumée). — Un jeune garçon de 14 ans fut renversé par une charrette assez lourdement chargée, dont une des roues, passant au niveau de la racine des cuisses, produisit une plaie contuse du scrotum par laquelle s'échappaient les deux testicules. Appelé quelques heures après l'accident, M. Auriol put constater l'état suivant : vaste ecchymose de toute la région du bas-ventre; la peau de la partie inférieure des bourses présente une large ouverture laissant passer les deux testicules, dont le droit est totalement recouvert de la tunique vaginale, tandis que le gauche, tout à fait dénudé, n'est plus maintenu que par le cordon spermatique. L'hémorrhagie a été abondante, et le blessé est dans un état syncopal.

La plaie est soigneusement lavée avec une solution phéniquée à 5 0/0. Le testicule droit est assez facilement réduit; quant au gauche, il est refoulé en masse, et, comme sa réduction ne pouvait être maintenue, le chirurgien le transperce avec une épingle recourbée en hameçon, qui traverse également la peau des bourses.

Le blessé fut condamné à une immobilité absolue; un tube de caoutchouc fut appliqué autour de la verge pour permettre au malade d'uriner par le côté en dehors du lit; le bas-ventre fut recouvert de glace, et la plaie protégée par un pansement antiseptique rigoureux.

Dès le lendemain, la peau du scrotum s'étant recroquevillée emprisonnait complètement les deux testicules; le soir, le chirurgien enleva l'épingle qui maintenait réduit le testicule gauche, et qui provoquait de violentes douleurs.

Pendant les jours suivants, les deux lèvres de la plaie scrotale, s'é-

tant fortement rétractées par en haut, il en résultait une encoche médiane et une forme bilobée du scrotum. Enfin, vers le trentième jour, époque à laquelle on supprima le pansement, la réunion était presque complète; par la suite, le malade se remit entièrement.

Dans les réflexions dont il accompagne son observation, M. Auriol demande à la Société de chirurgie de vouloir bien apprécier la conduite qu'il a tenue dans ce cas. Je crois, Messieurs, que nous ne pouvons qu'approuver le procédé ingénieux mis en œuvre par notre confrère, procédé basé sur l'innocuité habituelle des piqûres du testicule. Nous devons le féliciter tout particulièrement du soin avec lequel il a mis en pratique la méthode antiseptique. Il est dit, en effet, dans son observation, que la plaie fut soigneusement lavée avec une solution phéniquée à 5 0/0, puis recouverte d'un pansement antiseptique rigoureux. L'épingle qui a servi à maintenir réduit le testicule avait été préalablement passée au feu et trempée dans une solution forte d'acide phénique. Enfin, des dispositions spéciales avaient été prises pour que l'urine ne vînt pas souiller le pansement. C'est à cet ensemble de précautions que doit être attribuée, sans aucun doute, la complète et rapide guérison du blessé.

3° *Rupture traumatique de l'urèthre. Uréthrotomies externes sans résultat. Taille hypogastrique. Guérison,* par le Dr Vigot (de Caen).

Observation (résumée). — Il s'agit d'un homme de 33 ans, qui, tombant d'une hauteur de 3 mètres, se fit, comme le démontre l'histoire de son affection, une rupture de l'urèthre. Il n'y eut point ici, comme il arrive si souvent en pareil cas, chute à califourchon. C'est là un point sur lequel insiste avec soin le Dr Vigot; le malade tomba sur la hanche gauche. Dès lors, l'auteur de l'observation se demande quel a été le mécanisme de la rupture dans ce cas particulier. Y a-t-il eu, se dit-il, écartement des cuisses pendant la chute? C'est là une hypothèse qui ne concorde guère avec les renseignements fournis par les spectateurs de l'accident et d'après lesquels le malade est bien tombé sur la hanche gauche. La pression latérale gauche, continue M. Vigot, a-t-elle été suffisante pour comprimer l'urèthre sur la crête de la branche descendante du pubis, et amener sa déchirure? Quoi qu'il en soit, le malade, immédiatement après l'accident, eut une ecchymose scrotale et perdit du sang par l'urèthre. Le traitement primitif fut des moins méthodiques, et bientôt se montrèrent tous les symptômes d'un rétrécissement traumatique.

L'accident était arrivé le 29 novembre 1886; dès le 15 février, époque à laquelle il vint pour la première fois trouver M. Vigot, le malade ne pouvait plus se sonder, il urinait par regorgement. Toutes les tenta-

tives de cathétérisme faites à cette époque demeurèrent impuissantes ; et, de guerre lasse, le chirurgien proposa à son malade l'uréthrotomie externe, qui fut acceptée et pratiquée le 8 mars. Malgré toutes les tentatives faites au moment de l'opération, tentatives répétées à trois reprises différentes, le jour même et le lendemain, il fut impossible de trouver le bout postérieur.

Dix jours après, le 18 mars, deuxième essai d'uréthrotomie externe, cette fois avec chloroforme. On ne réussit pas plus que la première fois à trouver le bout postérieur, bien que les tentatives pour le découvrir aient été répétées le soir même et le lendemain de l'opération. Alors on se résout à recourir à la taille hypogastrique, qui est pratiquée le 24 mars. La vessie distendue remontant presque jusqu'à l'ombilic, M. Vigot crut pouvoir se passer du ballon de Pétersen ; mais il eut à s'en repentir. En effet, le col était situé tellement bas qu'il ne put l'atteindre. Le doigt d'un aide introduit dans le rectum vint alors soulever le plancher vésical, et le col put être aisément atteint. On y introduisit le bec d'une sonde d'argent qui, cheminant d'arrière en avant, fut aisément sentie au périnée. Sur cette sonde, des tissus cicatriciels durs et criant sous le scalpel furent incisés sur une longueur de plus d'un centimètre. Le bec de la sonde métallique fut coiffé d'une sonde de caoutchouc rouge du n° 17, et l'entraîna dans la vessie; la même manœuvre permit d'introduire l'extrémité antérieure de la sonde dans le bout antérieur de l'urèthre. Dans la vessie furent placés deux tubes parallèles de Périer. La seule complication post-opératoire fut un accès de fièvre survenu le soir même de l'opération et dans lequel la température s'éleva à 40°. A deux reprises, les tubes oblitérés durent être débouchés par une injection boriquée. Mais, en somme, les choses marchèrent à souhait, et le 10 avril la cicatrisation était complète. La sonde fut retirée le 12 avril.

Pendant quelque temps, M. Vigot dut lutter contre le rétrécissement, qui avait la plus fâcheuse tendance à se reproduire ; il arriva cependant à conduire la dilatation jusqu'au n° 19. Le résultat définitif fut très satisfaisant ; car l'auteur ajoute qu'au 3 mars 1888, c'est-à-dire presque un an après l'opération, l'urèthre admet facilement un n° 20.

Tel est, messieurs, le fait qui nous a été communiqué par M. Vigot. Il se rapporte à une question qui a été traitée devant vous à plusieurs reprises, et tout récemment encore par M. Tillaux. Le cathétérisme rétrograde constitue une précieuse ressource dans les cas où toutes les tentatives faites pour trouver le bout postérieur de l'urèthre sont demeurées sans résultat. On ne doit cependant y recourir qu'après avoir épuisé toute la série des procédés indiqués ici même pour vaincre la difficulté. Mais, cette réserve faite, nous ne pouvons qu'être de l'avis de notre confrère, lorsque, dans le cathétérisme rétrograde, il se prononce pour la taille hypogastrique de préférence à la ponction de la vessie. Il est un point de son observation particulièrement instructif, c'est celui

qui a trait au ballon de Pétersen. En pareil cas, on ne devra pas en négliger l'emploi, non seulement pour arriver plus facilement sur la vessie sans léser le péritoine ; mais encore pour faciliter l'accès du col vésical, dont la recherche est le but principal de l'opération.

Messieurs, les trois observations que je viens d'analyser rapidement devant vous présentent toutes les trois, à des titres divers, un réel intérêt. Je vous propose donc d'adresser des remerciements à leurs auteurs, en déposant dans nos Archives leurs manuscrits.

Discussion.

M. Tillaux. J'ai quelques remarques à présenter au sujet des faits dont M. Kirmisson vient de nous entretenir.

Et d'abord, pour le cas de M. Vigot, je ferai observer que, malgré le résultat favorable obtenu, il a eu tort de se contenter de placer à demeure dans la vessie une simple sonde en caoutchouc rouge. Rien de plus pénible pour le chirurgien, lorsque, au prix de longs efforts, ou même, comme dans le cas actuel, d'une opération sérieuse, il est parvenu à introduire une sonde dans l'urèthre, de la voir, le lendemain, expulsée par les efforts du malade. M. Vigot s'exposait à pareil mécompte. Pour moi, dans un cas analogue, et pour parer à tout accident de ce genre, j'avais pris le parti de placer dans l'urèthre un long tube en caoutchouc qui ressortait par la plaie de l'hypogastre. Au moins, M. Vigot aurait-il dû prendre la précaution de fixer sa sonde par des fils aux lèvres de la plaie abdominale.

Dans l'observation de M. Auriol, je ne comprends pas bien cette hernie du testicule se faisant avec sa tunique vaginale. Ce qui était sorti, dans ce cas, c'était la tunique fibreuse commune, doublée de la tunique vaginale. Ce n'est pas là ce qu'on entend ordinairement sous le nom de hernie du testicule. Le testicule hernié sort de la tunique vaginale rompue et reste en dehors complètement dépouillé de ses enveloppes. Telle était la situation chez le malade de M. Auriol du côté gauche ; du côté droit, ce n'était pas tout à fait cela.

Autre point. Pourquoi M. Auriol a-t-il fixé le testicule à la peau par une suture? Était-ce bien nécessaire? En débridant la plaie, ne pouvait-il arriver, surtout puisqu'il s'agissait d'une plaie fraîche, à faire repasser l'organe à travers la boutonnière qui lui avait donné passage? Cette réduction offrait-elle vraiment des difficultés insurmontables? N'y réussissons-nous pas tous les jours dans nos

opérations d'hématocèle, de varicocèle ou dans nos cures radicales de hernie ?

Enfin, pourquoi ce luxe de soins antiseptiques? Pourquoi tant de précautions pour éviter le contact de l'urine. Nous avons journellement occasion, dans les opérations que je mentionnais il y a un instant, de faire ou de soigner des plaies scrotales. Les choses se passent le plus simplement du monde et sans tant de minuties. Serait-ce que dans le cas de M. Auriol il s'agissait d'une plaie contuse? La raison ne me paraît pas suffisante.

M. Th. Anger. J'ai récemment observé un cas analogue à celui que M. Kirmisson vient de nous rapporter : hernie des deux testicules avec rétraction considérable du scrotum. D'un côté, la réduction du testicule hernié, bien que difficile, put être menée à bien. Mais de l'autre, peut-être en raison d'une perte de substance du scrotum, cette réintégration de l'organe fut absolument impossible, et force me fut d'en faire l'ablation.

M. Tillaux. Combien d'heures après l'accident êtes-vous intervenu?

M. Th. Anger. Au bout de 48 heures. Je ne sais exactement à quoi attribuer ce retrait de la peau. Toujours est-il qu'il n'en restait pas assez pour recouvrir le testicule et que la castration s'imposait.

M. Reclus. Il y a certainement quelque chose de très spécial dans ces plaies du scrotum. J'ai vu à Bicêtre un vieillard qui dans une tentative de suicide s'était fendu largement les bourses. Bien qu'il n'y eut aucune perte de substance de la peau, il me fut extrêmement difficile de remettre le testicule en place. J'y parvins cependant, et fermai la plaie cutanée par une suture. Mais celle-ci était tellement tiraillée par la pression de l'organe emprisonné qu'elle devait assurément céder à bref délai. Je m'attendais à retrouver le lendemain le testicule dehors. Le fait ne put être vérifié, cet homme ayant rapidement succombé à d'autres blessures qu'il s'était faites du même coup.

Je crois donc que, dans ces ouvertures du scrotum, par suite de la contraction du dartos, il se fait un gonflement, non du testicule lui-même, mais de l'épididyme et des plexus voisins; cette congestion passive est telle que la réduction devient matériellement impossible; la place est prise, la glande ne peut donc retrouver la sienne.

M. Terrier. On vient de nous dire que la réduction d'un testicule hernié peut être parfois impossible et que dans ce cas on est

autorisé à pratiquer la castration. Il m'est difficile d'accepter cette manière de voir et de faire. A moins d'une perte de substance très étendue du scrotum, c'est-à-dire dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, la réintégration de l'organe hernié, dût-elle exiger une dissection assez large, est toujours possible. Il y a, du moins, indication absolue de la tenter, presque à tout prix.

Il est très exact, par contre, de rappeler que cette réduction est parfois très difficile. Cela a été dit depuis longtemps. Mais ils seront bien rares, les cas où cette difficulté ne pourra être surmontée, si l'on sait se résoudre aux débridements nécessaires. J'ajoute que ces débridements auront de plus cet avantage d'empêcher le tiraillement des sutures et permettront d'éviter la réouverture de la plaie.

M. Tillaux. Il est très vrai que l'on observe parfois, dans les plaies ou à la suite des incisions du scrotum, une rétraction énorme de la peau, que l'on peut attribuer soit à l'émotion du malade, soit plutôt à l'action du froid. Le scrotum, dans ces conditions, disparaît, et l'on ne sait où trouver l'étoffe nécessaire pour recouvrir la glande herniée. Ne serait-il pas sage, en pareil cas, d'attendre quelques heures, en recouvrant les parties de compresses chaudes. On attendrait au besoin jusqu'au lendemain. La réduction deviendrait alors possible, dût-on, pour cela, faire un débridement plus ou moins étendu. Quant à la castration, elle ne me paraît permise que dans les luxations ou dans les hernies anciennes, mais non dans les récentes.

M. Th. Anger. La castration que j'ai pratiquée a été faite pour un traumatisme récent. Le scrotum avait-il subi une perte de substance? Je n'en ai pas eu la preuve absolue ; toujours est-il que la réduction, possible et effectuée à gauche, était, à droite, matériellement impossible. Devais-je laisser de ce côté le testicule à nu sur les bourses? je ne le pense pas. Je l'ai enlevé. Ce que j'ai fait, je suis prêt, en semblable circonstance, à le refaire.

M. Reclus. J'ai peine à accepter l'explication de M. Tillaux, attribuant la rétraction du scrotum à l'émotion ou au froid. Cette rétraction se produit, en effet, dans nos opérations pour cure radicale de l'hydrocèle, et pourtant le testicule, en pareil cas, peut être aussitôt réduit avec la plus grande facilité. Je persiste à croire, sans réclamer pour cela aucune priorité — que mon collègue et ami M. Terrier en soit bien persuadé — je persiste à croire, dis-je, que les phénomènes congestifs et inflammatoires, se produisant du côté de l'épididyme et des plexus veineux, jouent un rôle considérable dans la pathogénie de l'accident en question.

M. Terrier. Je ferai observer à M. Reclus que, dans les cas dont il vient de parler, le scrotum a subi une réelle distension, résultant de l'existence antérieure de l'hydrocèle dont on entreprend la cure. Il n'est donc pas étonnant qu'en pareille circonstance la réduction du testicule soit facile.

Bref, la rétraction du scrotum dépend de causes multiples, la douleur, le froid, la présence de corps étrangers, l'inflammation locale, qui, chacune, ont leur part d'action. Comme l'a très bien dit M. Tillaux, si cette rétraction est considérable et si la réduction paraît impossible, attendez. L'attente, pourvu que l'on ait soin d'avoir en même temps recours à des précautions antiseptiques minutieuses, ne peut avoir aucun inconvénient. Ce qui semblait impossible la veille deviendra peut-être facile le lendemain.

M. Kirmisson. A la première observation de M. Tillaux, je réponds que M. Vigot aurait peut-être mieux fait de ne pas se servir de la sonde en caoutchouc rouge ; le procédé de M. Tillaux est assurément préférable.

Au sujet du malade de M. Auriol, M. Tillaux nous a dit qu'il n'acceptait pas le terme de hernie du testicule employé par l'auteur de l'observation et par moi-même, parce que la glande déplacée était recouverte de sa tunique vaginale. Je lui ferai cependant remarquer que les auteurs qui ont écrit sur la hernie du testicule, lésion rare d'ailleurs et peu connue, en ont distingué deux variétés : l'une est la hernie du testicule *avec la tunique vaginale ;* l'autre, la hernie *sans la tunique vaginale*. C'est dans ce dernier cas, sans doute, que la réduction peut être le plus difficile.

Il y a de cette difficulté, comme on l'a dit, des causes multiples. A celles qui ont été signalées, j'ajouterai la suivante : au moment où le testicule glisse au dehors à travers le scrotum rompu comme à travers une boutonnière, la vaginale se retourne nécessairement en doigt de gant ; toutes les parties molles sus-testiculaires sont étirées ; il n'y a plus, en arrière d'elles, à vrai dire, de cavité propre à recevoir l'organe déplacé. Pour que la réduction soit possible, il faut qu'un mouvement inverse se produise, qui remette toutes ces parties en place, par ordre de sortie, pour ainsi dire. On comprend que cela puisse ne pas toujours se faire sans obstacle.

Je n'insiste pas sur le procédé employé par M. Auriol pour maintenir la réduction obtenue. Il en est d'autres, sans doute, et non moins bons. Le sien a réussi, cela suffit.

Pour ce qui est de l'opportunité de la réduction du testicule, je suis de l'avis de ceux de nos collègues qui estiment qu'il faut essayer de l'obtenir à tout prix. Je ne puis admettre que la cas-

tration soit jamais nécessaire. Kocher, dans son article sur les maladies du testicule, discute précisément le cas où il est réellement impossible de remettre la glande en place, et conseille, même alors, de ne pas en pratiquer l'ablation; il croit qu'en abandonnant les parties à elles-mêmes la réduction se fera spontanément, peu à peu, par rétraction progressive.

Je réponds enfin à M. Tillaux, à propos de sa dernière remarque, que l'on ne saurait, en une pareille région, trop s'entourer de précautions antiseptiques. C'est peut-être aux soins tout particuliers apportés par M. Auriol à ses pansements qu'il a dû l'heureux résultat obtenu, la cicatrisation rapide de la plaie avec conservation des testicules, dans un traumatisme, en somme, étendu et sérieux.

Communication.

Plaie de la paume de la main gauche. Section des tendons fléchisseurs du pouce et de l'index, ainsi que de l'arcade palmaire superficielle. Ligature de la radiale et de la cubitale au poignet. Impossibilité de retrouver les bouts supérieurs des tendons sectionnés,

Par le Dr H. Bousquet (de Clermont-Ferrand).

Le samedi 21 mars 1888, M. le médecin-major D..., du 38e de ligne, écrasait de la gomme arabique avec une bouteille, dont il se servait comme d'un rouleau. Au cours de cet exercice, la bouteille se brisa, et la paume de la main gauche, qui appuyait vigoureusement, fut sectionnée profondément. Voyant le sang couler en abondance, M. D..., faisant une compression autour de son poignet avec la main droite, vint à mon cabinet en courant. J'étais absent; il fut obligé d'aller chercher du secours ailleurs, et, une heure après, lorsque j'arrivai, à dix heures du soir, je trouvai, réunis autour du blessé, MM. les médecins-majors Vigenaud, Laurent, Dingler, et mon confrère le Dr Fournier. Nos confrères avaient appliqué un garrot sur l'humérale, mis trois ou quatre pinces hémostatiques dans la plaie, fait venir des solutions antiseptiques, et s'apprêtaient à faire le nécessaire.

La paume de la main était largement ouverte par une plaie en arc de cercle qui avait la direction suivante : tracez une ligne courbe, partant du milieu de la face palmaire du pouce et arrivant au bord externe de l'auriculaire; faites passer le sommet de cette courbe au-dessous du pli médian de la paume de la main, à un bon

travers de doigt au-dessous; sectionnez jusqu'aux os, et vous aurez une idée exacte de la blessure qui était sous nos yeux. Évidemment, l'arcade palmaire était coupée; le malade avait perdu beaucoup de sang, et, malgré le garrot appliqué sur l'humérale et les pinces introduites dans la plaie, il en perdait encore. Il fallait en finir. Une grande pince en T, embrassant une partie de la lèvre inférieure de la cicatrice, assura l'hémostase de ce côté; deux ou trois autres pinces, placées en divers points, la complétèrent et nous permirent de respirer.

Depuis le début de notre travail, mes confrères et moi pensions aux tendons; comme le sang ne coulait presque plus, nous nous mîmes en devoir de les rechercher. Les bouts inférieurs des tendons fléchisseurs du pouce et de l'index étaient dans la plaie. Mais il ne fallut pas longtemps pour reconnaître, à notre grand ennui, que les bouts supérieurs étaient invisibles.

Malgré le courage de notre blessé, il souffrait énormément, et comme nous ne voulions pas abandonner la partie sans avoir fait tout ce qu'il était possible pour retrouver les tendons, le patient fut endormi. Nous étions, du reste, dans des conditions déplorables relativement à l'éclairage.

Pour procéder à la recherche des tendons, il fallait nous débarrasser des pinces et faire des ligatures. Pénétré de ce principe que m'ont enseigné plusieurs d'entre vous ici, et en particulier M. Tillaux, j'étais bien décidé à faire l'hémostase rigoureuse de la plaie; il me fallut bientôt rabattre de mes prétentions; car, malgré les ligatures et les pinces, dès que mes confrères lâchaient la compression, le sang pleuvait en nappe, en jets, et il nous était impossible d'en atteindre les sources. Le temps se passait, et le sang coulait. Mes confrères, sentant, comme moi, qu'il fallait à tout prix venir à bout de cette hémorrhagie, furent d'avis qu'il fallait lier au-dessus. Nous nous décidâmes à faire porter la ligature sur la radiale et la cubitale au poignet. Tant bien que mal, et certainement plutôt mal que bien, étant données les conditions mauvaises dans lesquelles nous étions, opérant dans une demi-obscurité et rompu par une journée de courses en montagne, les incisions furent faites et les fils posés. L'hémorrhagie s'arrêta.

Notre conduite en cette circonstance peut paraître singulière, étant donnés les principes précédemment énoncés; mais, devant notre impuissance à faire l'hémostase, nous nous étions dit que les principes étaient, comme les lois et règlements, faits pour se plier aux circonstances; de plus, ce que l'on craignait autrefois, les hémorrhagies secondaires, n'est plus tant à redouter, depuis qu'avec la méthode antiseptique nous sommes à peu près sûrs de

la réunion immédiate. Aussi, de ce chef, n'avions-nous aucune inquiétude.

La recherche du bout supérieur des tendons fut vaine et des plus pénibles. Malgré un débridement à travers les muscles de l'éminence thénar jusqu'au poignet, et les manœuvres de malaxation du côté des muscles de l'avant-bras prescrites en pareille circonstance, il nous fut impossible de retrouver le bout supérieur du fléchisseur du pouce. Fallait-il remonter plus haut et poursuivre la recherche à travers les muscles de l'avant-bras. Nous ne crûmes pas la chose pratique; en plein jour et dans d'autres circonstances, nous aurions peut-être agi autrement. En tout cas, nous demandons à la Société si, en pareille circonstance, elle approuverait le plan opératoire suivant : l'hémostase étant faite, soit par la ligature, soit avec l'appareil d'Esmarch, débrider largement la peau et l'aponévrose de l'avant-bras dans la direction connue du tendon; dès qu'il sera découvert, le prendre dans un fil de catgut, dont l'autre extrémité serait passée dans un stylet-mousse; à l'aide de ce stylet, essayer de traverser la coulisse tendineuse au carpe, traîner ainsi le tendon à la remorque et, si la manœuvre réussissait, suturer?

Revenons à notre blessé. Étant démontrée notre impuissance à retrouver les tendons, il n'y avait plus qu'à suturer. Comme l'antisepsie n'avait pas été faite avec toute la rigueur désirable, les plaies furent lavées plusieurs fois avec une solution d'eau phéniquée au titre moyen, puis suturées; il nous parut prudent de mettre dans la paume de la main un faisceau de fils de soie pour assurer l'écoulement des liquides. Une couche de ouate et une bande protégèrent provisoirement la plaie, et le malade fut conduit à l'Hôtel-Dieu. Là, M. Vigenaud, médecin en chef des salles militaires, lui fit, avec toutes les précautions désirables, un pansement de Lister, après avoir, au préalable, lavé de nouveau le membre à grande eau et saupoudré les plaies d'iodoforme.

Les suites de l'opération furent des plus simples. La température du malade resta normale, il n'accusait aucune douleur et se plaignait simplement de fourmillements dans le pouce. Quatre jours après l'accident, le 25 avril, le pansement étant traversé par les liquides, le D[r] Vigenaud me fit prévenir qu'il croyait urgent de le changer, ce qui fut fait avec toutes les précautions désirables. A notre grande satisfaction, les plaies étaient en fort bon état. Cependant, la pression sur la paume de la main faisait sourdre un peu de pus. Pour ce motif, un drain de petit calibre fut substitué aux fils que nous avions mis pour assurer l'écoulement. Depuis cette époque, le malade va aussi bien que possible.

Chose curieuse, pendant son premier pansement, il affirmait

sentir le bout supérieur de ses tendons à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de l'avant-bras.

Discussion.

M. L.-Championnière. Je ferai d'abord remarquer à M. Bousquet qu'il s'est placé pour opérer dans les plus mauvaises conditions. Pourquoi a-t-il agi sur l'heure, au milieu de la nuit? Pourquoi ne pas attendre au lendemain matin? Il était facile de maintenir pendant quelques heures encore une hémostase provisoire. La pleine lumière du jour est presque de nécessité absolue pour les opérations délicates qu'exigent ces sortes de plaies.

Je regrette aussi que M. Bousquet n'ait pas eu recours à la bande ou mieux au tube d'Esmarch, ou, à défaut de celui-ci, au tourniquet que l'on peut toujours avoir sous la main. Quand on est arrivé par l'un de ces moyens à suspendre l'abord du sang dans le membre, on opère absolument comme sur le cadavre; cela facilite extraordinairement les recherches. J'ai pu de la sorte, dans des phlegmons de la main, découvrir des bouts artériels, qui eussent autrement été tout à fait introuvables.

Je me borne à formuler ces regrets pour le passé. Il est, pour le présent, une autre question plus importante, c'est celle que nous pose M. Bousquet. Quelle doit être actuellement sa conduite vis-à-vis de son blessé? Doit-il ou non aller à la recherche des tendons qui lui ont échappé jusqu'ici? La réponse pour moi n'est pas douteuse. Cétte recherche doit être faite, et cela le plus tôt possible. On ne peut évidemment se résigner à laisser ce malade avec l'impotence qui résulte de la section de ses fléchisseurs, ou compter sur les mouvements imparfaits qui pourront se produire par l'intermédiaire de la cicatrice. Attendre serait, d'autre part, fâcheux, puisqu'on risquerait de trouver des extrémités tendineuses adhérentes et ne pouvant plus être rapprochées et suturées; on en serait alors réduit à la ressource toujours aléatoire des greffes diverses, dont on connaît quelques exemples heureux.

Donc il faut agir, et agir vite, dût-on, pour retrouver l'extrémité centrale du tendon coupé, faire à l'avant-bras des incisions étendues.

M. Schwartz. Je suis d'avis qu'il faut opérer le blessé de M. Bousquet, et le plus tôt possible.

A l'appui de cette opinion, je puis vous communiquer l'observation d'un blessé chez lequel j'ai fait avec succès, il y a trois semaines, la suture du tendon du long fléchisseur propre du pouce.

Ce fait, par les difficultés mêmes que j'ai rencontrées, me paraît instructif. Le voici résumé :

Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans qui tomba, il y a six semaines, sur un tas de pierres et se fit au niveau de l'éminence thénar, à sa partie moyenne, une plaie petite, mais profonde, qui donna une hémorrhagie assez forte.

On ne s'aperçut de l'impotence du pouce que quelque temps après, et lorsque je vis le blessé, trois semaines après l'accident, il n'y avait aucun doute sur la section totale du tendon. L'opération proposée fût aussitôt acceptée et pratiquée. J'avais constaté la présence d'un petit nodule à 4 centimètres en dessus du pli du poignet, qui était probablement le bout supérieur. Après avoir placé la bande d'Esmarch et fait l'antisepsie la plus rigoureuse, je fis une incision longue de 10 centimètres environ dans la paume de la main et le poignet ; je trouvai assez facilement le bout supérieur là où je l'avais constaté, mais il me fut tout d'abord impossible de trouver le bout périphérique, qui était, comme je l'ai constaté après, soudé à la gaine et complètement immobile, malgré les mouvements de flexion du pouce que je provoquais ; je fus obligé de disséquer toute la gaine métacarpo-phalangienne interne et toute la gaine externe jusqu'à l'extrémité inférieure de la région thénar, et je constatai qu'outre la section complète du tendon du pouce il y avait encore une section incomplète du fléchisseur profond de l'index. Grâce à une flexion forcée du pouce, des doigts et du poignet, je pus rapprocher les deux bouts et les suturer à l'aide de deux fils de soie phéniquée passés en surjet. Comme j'avais coupé les muscles thénar à leurs insertions supérieures et le ligament annulaire antérieur du carpe, je fis une suture à étages et au catgut de ce ligament et des muscles, puis celle des téguments avec deux drains supérieurs et inférieurs.

Le premier pansement fût levé le sixième jour, les drains retirés.

Actuellement, la plaie est totalement réunie ; il ne reste plus qu'un point à nu au niveau du drain supérieur. Le blessé commence à remuer les doigts, et j'ai pu constater aujourd'hui même un léger mouvement de la deuxième phalangette du pouce.

En somme, l'opération a été très pénible, et je suis persuadé que le grand écartement et la soudure du tendon à sa gaine n'eussent pas existé, au moins à ce haut degré, dans les premiers jours qui ont suivi l'accident.

M. Berger. Il y a grand avantage à faire la suture des tendons le plus tôt possible. Cela est surtout vrai pour les tendons fléchisseurs. J'ai eu récemment à intervenir pour un cas de ce genre, dans lequel, malheureusement, l'accident datait de loin. Les fléchisseurs des quatrième et cinquième doigts avaient été coupés au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes ; j'eus beaucoup de peine

à retrouver les extrémités coupées, je dus pour cela pousser la dissection jusqu'au talon de la main. Je parvins cependant à les réunir par une suture. Mais celle-ci faite, il se trouva que les tendons reconstitués formaient une corde rigide maintenant les doigts en flexion forcée, et s'opposant absolument à l'extension. La réunion de la plaie ne se fit pas par première intention; celle-ci fut empêchée précisément par la pression de la corde tendineuse sous-jacente, qui fit céder la suture. Bref, mon malade guérit, mais avec les doigts demeurant infléchis. Je lui offris de sectionner à nouveau la bride que j'avais créée; il s'y refusa, trouvant sa situation nouvelle préférable à l'ancienne. J'attribue ce résultat défectueux au long intervalle (six mois) qui s'est écoulé entre l'accident et l'intervention réparatrice.

Je crois donc, comme M. Championnière, que M. Bousquet doit, chez son malade, agir le plus tôt possible. La recherche à laquelle il devra se livrer n'offrira aucune difficulté sérieuse, si elle est faite à son temps et à son heure et si, à l'aide d'une grande incision à l'avant-bras, il se donne tout le jour nécessaire.

M. Kirmisson. Un mot seulement sur l'utilité de la bande d'Esmarch dans les cas dont il est ici question. Outre les avantages qui ont été rappelés, elle a de plus celui, par la compression qu'elle exerce, d'*exprimer*, pour ainsi dire, les muscles hors de leur gaine, à condition, bien entendu, qu'elle soit appliquée de haut en bas, et non de bas en haut, comme on le fait d'ordinaire. La découverte des extrémités tendineuses coupées peut être, par ce moyen, singulièrement facilitée.

M. Bousquet. Je réponds à M. L.-Championnière qu'il m'était difficile de remettre l'opération au lendemain; car le lendemain le blessé ne m'appartenait plus, à moi, médecin civil, mais aux hôpitaux militaires, et je préférais, dans l'intérêt bien entendu du malade, agir sur l'heure. D'ailleurs, il eût été vraiment cruel de prolonger plus longtemps l'hémostase provisoire, réalisée à l'aide du garrot; celui-ci causait des souffrances intolérables, et le blessé suppliait qu'on l'en délivrât. Là, du reste, n'est pas la question. Ce que je suis venu vous demander, c'est si vous jugez que l'on puisse, maintenant encore, intervenir utilement auprès de ce malade ; si l'on doit aller à la recherche des tendons coupés.

Voix diverses : Oui, certainement.

Présentation de malade.

Fracture de la clavicule. — Paralysie radiale consécutive.

M. Terrillon présente un malade qui a reçu un coup de barre de fer sur l'épaule. Quelques semaines après, on était en présence d'une paralysie radiale développée graduellement. En examinant cet homme, il semble qu'il présente tous les signes d'une luxation de la clavicule en bas. Il est assez étrange de voir une lésion de cette nature ne déterminer des symptômes de compression que quelques semaines après sa production.

Discussion.

M. Delens. Je ne discute pas le diagnostic de la lésion que présente le malade de M. Terrillon.

Je me contente de rappeler que j'ai observé un cas de paralysie totale du membre supérieur, par suite d'une fracture de la clavicule avec cal volumineux. J'ai, chez le malade porteur de cette lésion, fait la résection du cal; le membre impotent a, ultérieurement, retrouvé ses mouvements et sa force.

M. Tillaux. Je crois à l'existence, chez le malade de M. Terrillon, non d'une luxation de l'extrémité externe de la clavicule, mais d'une fracture de cet os. Le nerf radial doit être comprimé par l'un des fragments portés en arrière. Il est dès lors facile de comprendre que les phénomènes de compression ne se soient manifestés que quelques semaines après l'accident, c'est-à-dire au fur et à mesure du développement du cal.

M. Monod. J'ai déjà vu ce malade à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de mon collègue le docteur Raymond. J'avais porté, comme M. Tillaux, le diagnostic de fracture de la clavicule, et avais proposé une intervention qui n'a pas été acceptée.

Lectures.

1° M. Jalaguier lit un mémoire sur un cas de *kyste congénital de la région sous-maxillaire gauche chez un homme de 72 ans.* (M. Nélaton, rapporteur.)

2° M. Nimier lit deux observations : 1° *Malformation du prépuce*

corrigée; 2° kyste glandulaire du méat uréthral. (M. Ch. Monod, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,
Ch. Monod.

Séance du 9 mai 1888.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Du traitement des luxations du coude en arrière, irréductibles et anciennes, par la rupture méthodique de l'olécrâne*, par le Dr Monteils (de Mende), membre correspondant national (Lecture en sera donnée dans une séance ultérieure.) ;

3° *A propos de l'opération du phimosis*, par le professeur A. Reverdin (de Genève), membre correspondant étranger.

A propos du procès-verbal.

Fracture de la clavicule. — Paralysie radiale.

M. Terrillon annonce qu'il a opéré le malade présenté par lui dans la dernière séance. Il y avait effectivement une fracture de la clavicule avec enfoncement du fragment externe. Il a réséqué ce fragment. Dès le lendemain, les mouvements reparaissaient dans les doigts. Il y a tout lieu d'espérer que la paralysie disparaîtra complètement, la cause qui lui a donné naissance ayant été supprimée.

Communication.

Gastrostomie. — Observation et remarques,

Par M. Terrillon.

Les exemples de gastrostomie pratiquée chez un homme âgé, pour un rétrécissement infranchissable de l'œsophage et permettant depuis plusieurs mois une alimentation complète et suffisante sont rares. Aussi, je désire appeler l'attention de la Société sur un cas qui m'est personnel et qui se prête à des considérations que je crois utiles, malgré l'absence de diagnostic précis sur la nature même du rétrécissement œsophagien. Cette observation peut être intitulée :

Observation. — *Rétrécissement infranchissable de l'œsophage au niveau du cardia. Gastrostomie, amélioration du malade. Alimentation stomacale parfaite, au moyen d'un appareil spécial destiné à empêcher les liquides de sortir de l'estomac.*

M. X..., âgé de 53 ans, est un homme vigoureux, de tempérament arthritique. Il a souffert depuis plusieurs années de gastralgies violentes avec dyspepsie tenace, pour laquelle il a usé, pendant plusieurs années, de la morphine, à la dose de $0^{gr},10$ à $0^{gr},15$ par jour.

Depuis quelques années il avait dû diminuer la dose de morphine et avait cessé complètement son usage à la fin de 1887.

Les accidents du côté de l'œsophage paraissent remonter au mois de septembre (8 septembre 1887). Il eut alors une regurgitation douloureuse d'une certaine quantité de viande déglutie un peu rapidement. Depuis cette époque, le passage des aliments solides est ou pénible ou difficile et souvent suivi de regurgitation. Ils semblent s'arrêter au niveau du creux de l'estomac. Aussi, il renonce aux aliments solides, pour ne prendre que des liquides ou demi-liquides qui passent facilement, jusqu'au 20 décembre 1887.

A cette date, il remarque que les liquides descendent difficilement, surtout à certains moments; ils séjournent derrière le sternum, et passent ensuite lentement ou sont regurgités; cet état s'accentue encore vers les premiers jours de janvier. On le sonde plusieurs fois avec succès, mais bientôt la sonde ne peut passer. Alors, son médecin, le Dr Bazenet, de Savigny (près Beaune), et le Dr Affre l'engagent à venir à Paris et me présentent le malade le 5 janvier 1888.

Depuis dix jours le malade n'a pu avaler que par petites doses environ un litre de lait ou de bouillon; aussitôt qu'il a dégluti du liquide il éprouve de la douleur au-dessus du creux épigastrique, et alors surviennent des regurgitations douloureuses et pénibles. Pendant trois jours, toutes les tentatives que je fais pour franchir l'obstacle

qui existe manifestement au niveau du cardia échouent complètement. Les olives, les bougies uréthrales du plus petit numéro, contenant du plomb dans leur intérieur et munies d'une tige, la sonde de MM. Collin et Verneuil, dont l'extrémité est fine, s'engagent un peu dans le rétrécissement, mais ne peuvent pénétrer dans l'estomac.

Plusieurs fois après ces tentatives, je ramène un peu de sang, mais il n'y a jamais d'hémorrhagie. Le malade souffre, il maigrit, s'impatiente et ne peut introduire dans son estomac que quelques grammes d'eau de temps en temps.

Comme il n'est pas cachectique et que je ne constate aucun ganglion apparent, sa respiration thoracique étant irréprochable, je lui propose de faire une ouverture à l'estomac. Il accepte aussitôt.

L'opération eut lieu le 9 février 1888, à 11 heures, avec le concours de M. le Dr Routier et en présence de M. le Dr Baraduc. Le malade est chloroformé.

Comme le foie descend assez bas et que la poitrine est très bombée, je fais une incision oblique de 5 ou 6 centimètres, le long du bord des cartilages des côtes gauches, un peu au-dessous de l'appendice xyphoïde, à 2 centimètres des côtes.

Après avoir sectionné les couches musculaires et ouvert le péritoine avec soin, je constate immédiatement, au niveau de l'extrémité supérieure de l'incision, le bord du foie. Au milieu de la plaie, je n'aperçois que l'épiploon.

Saisissant ce dernier avec le doigt, je le tire un peu au dehors de la plaie, et le confie à mon aide. Le doigt introduit dans la plaie constate bientôt en haut la présence de l'estomac, dont le bord inférieur se continue avec l'épiploon. En même temps, le doigt explore profondément la surface antérieure de l'estomac et reconnaît qu'elle se prolonge très haut, ce qui fait affirmer qu'il s'agit bien de cet organe. Enfin l'absence de bandes longitudinales montre que ce n'est pas là le gros intestin. Une traction légère et continue sur l'épiploon attire la grande courbure dans le champ de la plaie. On s'assure encore que c'est bien là la paroi stomacale, avec son aspect particulier, lisse et uniforme.

Une collerette de sutures avec des fils d'argent passés au moyen du chasse-fil circonscrivit un espace de la largeur d'une pièce de 1 franc sur la surface de l'estomac. Elle fut ainsi fixée à la paroi abdominale.

Lorsque ces sutures furent bien serrées et qu'il fut démontré que les surfaces péritonéales étaient nettement affrontées, je fis une petite ouverture dans la paroi de l'estomac. Elle donna peu de sang. J'introduisis aussitôt dans la direction du cardia et de la grosse tubérosité une sonde en caoutchouc rouge du n° 18, celle-ci donna issue à du liquide gastrique jaunâtre. Elle fut fixée à la paroi abdominale par un fil d'argent.

L'opération avait duré trois quarts d'heures. Le malade n'était pas trop affaibli et se réveilla peu de temps après. Il n'eût pas de nausées, mais il se plaignit seulement d'une soif assez vive.

Les suites de l'opération furent aussi simples que possible, il n'y

eut aucune réaction péritonéale. Trois heures après on injecta du bouillon et du lait qui furent facilement digérés. T. le soir, 38°.

10 *février*. La nuit est bonne ; mais le matin le bandage est souillé et la peau un peu altérée par les liquides de l'estomac, qui provoquent une vésication assez étendue du côté gauche. J'installe une grosse éponge devant l'ouverture, et elle est maintenue par une ceinture fortement serrée.

11 *février*. T. 37°,5 ; les liquides de l'estomac sortent toujours avec violence quand on enlève l'éponge et filtrent malgré la pression exercée sur elle. La peau est altérée et l'orifice s'agrandit. Une grande eschare jaune existe sur la peau.

15 *février*. Les fils métalliques sont enlevés ; la muqueuse de l'estomac fait une légère hernie.

17 *février*. Essai d'un double ballon en forme de bouton de chemise, avec canule centrale qui permet le passage des liquides.

24 *février*. Après plusieurs essais, nous arrivons à posséder un appareil qui fonctionne bien, et ne laisse passer aucun liquide, le malade s'alimente copieusement, et la peau altérée est guérie. L'orifice de l'estomac a à peu près le volume du doigt, la muqueuse ne fait pas hernie, tout fonctionne d'une façon parfaite.

M. D... est présenté devant l'Académie de médecine, afin de montrer combien il supporte facilement ce nouveau mode d'alimentation.

M. le Dr Beaumetz et M. le professeur Gauthier ont, à plusieurs reprises, examiné les liquides de l'estomac sur le malade, qui a consenti à se prêter à cette exploration. Toujours ils ont trouvé dans le suc gastrique une quantité notable d'acide chlorhydrique.

Le malade est parti de Paris le 25 mars pour retourner à Beaune. Le voyage s'est effectué dans d'excellentes conditions et sans douleurs.

Un seul inconvénient tourmente le malade, il consiste en des crises douloureuses survenant par intervalles irréguliers au niveau de la partie inférieure et externe de la plaie. C'est en ce point que la plaie a été agrandie par l'irritation produite par les liquides de l'estomac. Il a repris ses forces et en grande partie sa vie habituelle.

Aujourd'hui 12 mai, il se porte bien et a engraissé d'une façon notable. La seule chose qui le tourmente est une sensation de douleur souvent très vive et de cuisson qui existe au-dessous de l'orifice stomacal, et qui est dû probablement à la pression des ballons sur les bords facilement irrités.

Mais comme ce moyen de contention des liquides stomacaux est le seul applicable, et que, sans lui, les liquides irritants corroderaient de nouveau la peau de l'abdomen, je lui conseille de faire tout pour le supporter.

Cette observation présente plusieurs points importants qu'il est nécessaire de discuter.

On peut se demander d'abord quelle est la nature de l'obstacle

qui, siégeant au cardia, empêche les aliments et liquides de pénétrer dans l'estomac.

Ici, le diagnostic précis de la cause semble assez difficile à poser ; mais cependant par élimination on peut arriver à une approximation suffisante. Je crois pouvoir éliminer la syphilis et toute cause traumatique ou caustique. Certains rétrécissements dus à l'alcoolisme chronique et à la dyspepsie ont été signalés par quelques auteurs ; mais ils sont rarement aussi serrés, et ils siègent ordinairement vers la partie supérieure ou moyenne de l'œsophage. Quelques-uns ont été cependant signalés au niveau du cardia.

Doit-on penser, pour expliquer ce rétrécissement, à la présence d'un épithélioma siégeant au cardia, et disposé circulairement de façon que son évolution rapide ait produit, en quelques mois, une constriction énergique du canal de l'œsophage ? Les premiers symptômes remontent au mois de septembre 1887, et l'impossibilité de la déglutition des liquides ayant eu lieu à la fin de la même année, on peut dire que la constriction a marché rapidement. Il n'y a eu, il est vrai, ni hémorrhagie ni hématémèse, ni malaise, ni avant ni depuis l'opération. Enfin, l'absence de cachexie vraie, l'embonpoint actuel du malade, sa résistance à l'opération, fait très rare dans le cancer œsophagien, permettent d'éliminer cette cause.

Il faut donc, jusqu'à présent, s'arrêter à l'hypothèse d'un rétrécissement cicatriciel résultant d'une ulcération chez un dyspeptique.

Ce qu'il faut retenir de ce fait, c'est que le chirurgien n'avait pas, dans ce cas, à tenir compte de la cause ; il lui suffisait de faire la constatation d'un obstacle infranchissable au niveau du cardia, pour pratiquer la gastrostomie, afin d'assurer la nutrition du malade, arrêtée depuis huit à dix jours. Le diagnostic sera vérifié par la marche de la maladie.

Un second point qui mérite de nous arrêter est relatif à la façon dont l'estomac a été ouvert au moment de l'opération. Chez ce malade, aussitôt que des points de suture suffisamment rapprochés eurent fixé l'estomac à la paroi abdominale, j'ai pratiqué l'ouverture stomacale et placé une sonde en caoutchouc. Enfin, je n'ai pas hésité à donner à mon opéré des aliments liquides quelques heures après l'opération.

J'étais poussé à cette pratique par la nécessité d'alimenter rapidement un malade qui était à jeun depuis dix jours. Il n'en est résulté aucun accident. J'avais agi de même sur le malade auquel j'avais fait la même opération pour un rétrécissement cicatriciel (ce malade a été présenté devant l'Académie de médecine en 1886) et qui était à jeun depuis plusieurs jours. Chez lui, je n'avais

remarqué aucun inconvénient à cette pratique. Aussi, il me semble bien inutile, à la façon de certains chirurgiens, de pratiquer l'opération en deux temps et de n'ouvrir l'estomac que lorsque les adhérences péritonéales sont établies, c'est-à-dire au bout de six à sept jours. J'ai démontré par une pièce anatomique présentée par moi à la Société de chirurgie, en 1884, que les adhérences étaient déjà solides après quarante-huit heures.

Il me semble donc que les sutures assez nombreuses et bien appliquées suffisent dans les premiers jours à assurer la solidité des rapports de l'ouverture abdominale avec l'ouverture stomacale, et qu'après quelques heures les adhérences inflammatoires deviennent déjà solides.

Chez ce malade, j'ai noté la facilité avec laquelle le suc gastrique avait agrandi l'orifice et formé une eschare superficielle de l'étendue de la main, sur le côté gauche de l'abdomen. En outre, les contractions de l'estomac étaient tellement fortes qu'aussitôt qu'on enlevait l'obturateur les liquides de l'estomac s'échappaient avec violence, sous forme d'un jet du volume du doigt, projeté à une grande distance.

Pour remédier à un tel état, qui était d'autant plus inquiétant que l'agrandissement de l'ouverture et la destruction de la paroi menaçaient d'ouvrir le péritoine, je dus penser aussitôt à un appareil en caoutchouc spécial.

L'appareil définitif, construit par M. Galante, est composé de deux ballons en caoutchouc : l'un, plus petit, est introduit dans l'estomac ; l'autre, plus volumineux, est situé au dehors. Une partie intermédiaire, analogue par sa situation à la tige d'un bouton de chemise, sert à les réunir. Au ballon extérieur est adapté un tube muni d'un robinet qui, au moyen d'une pompe à poire en caoutchouc, donne passage à l'air. Les ballons mis en place, dégonflés et vides d'air, peuvent être gonflés au moyen de cette poire, munie de soupapes. Quand ils sont remplis, ils tendent à se rapprocher et à comprimer les bords de l'ouverture stomaco-abdominale. Ils empêchent ainsi toute issue des liquides de l'estomac. Un long tube, de la grosseur du pouce, traverse les deux ballons en passant par la partie intermédiaire. Il est libre en dehors, pour permettre d'adapter sur lui une seringue ou un entonnoir ; mais, du côté de l'estomac, il cesse au niveau de la paroi du ballon correspondant. Par ce tube, on peut injecter des liquides ou même des matières demi-liquides en quantité suffisante pour l'alimentation du malade.

Enfin, je terminerai ces quelques remarques en rappelant que, chez mon malade, la nutrition a été parfaite et assurée dès les premiers jours, malgré la difficulté de contenir les liquides chassés de l'estomac par les contractions violentes de cet organe. Depuis

le début, tous les aliments liquides ou les aliments solides, râpés, pulvérisés, hachés ou pilés, ont été facilement digérés, sans leur faire subir une préparation spéciale. Le malade n'a pu supporter la mastication des aliments avant leur introduction dans l'estomac et a renoncé à cette pratique.

Discussion.

M. Segond. Je demanderai à M. Terrillon s'il ne croit pas que le petit appareil appliqué chez son malade, appareil qui passe nécessairement à frottement dans le trajet de la fistule, ne pourra pas déterminer, à la longue, l'agrandissement progressif de l'orifice.

Ce qui me le fait craindre, c'est l'expérience acquise par moi dans un cas analogue. J'ai pratiqué la gastrostomie, il y a quatre ans (en 1884), chez une femme qui vit encore ; ce n'était pas pour cancer. J'ai eu, dans ce cas, les ennuis les plus considérables, provenant de la digestion de la cicatrice et même de la peau par le suc gastrique ; c'étaient des ulcérations se reproduisant sans cesse et se perpétuant. Je me suis ingénié, avec l'aide de M. Collin, à inventer les appareils les plus variés pour m'opposer à la sortie des liquides stomacaux. J'ai dû les abandonner tous successivement ; la fistule, malgré tout, ne faisait que croitre et embellir. Finalement, la malade est parvenue à se passer de tout appareil et ne s'en trouve que mieux ; grâce à des soins de toilette très minutieux, à l'application de vaseline au pourtour de l'orifice, à la fermeture hermétique de la fistule, en dehors des repas, avec un tampon de gaze, elle est arrivée à éviter le retour de tout accident local. Je me demande s'il n'en sera pas de même pour le malade de M. Terrillon.

M. Quénu. Je fais toutes réserves sur la nature cancéreuse du rétrécissement que présentait le malade de M. Terrillon. Il n'existe guère d'observations de longue survie à la suite d'opérations de ce genre faites pour cancer de l'œsophage ; la mort survient dans les cas les plus favorables, comme dans le cas de Lagrange, au bout de quelques semaines ou de quelques mois. Dans un cas qui m'est personnel, j'ai, comme M. Terrillon chez les autres opérés dont il nous a rappelé l'histoire, observé une mort rapide. Mon malade s'est éteint le quatrième jour, cachectique, sans péritonite, sans élévation de température, sans aucun signe révélant une complication locale grave.

Il me suffirait presque du fait signalé par M. Terrillon, de l'engraissement survenu chez son opéré, à la suite de l'intervention, pour affirmer qu'il ne s'agissait pas, dans ce cas, d'un rétrécissement cancéreux.

M. Terrier. M. Terrillon a-t-il utilisé tous les éléments de diagnostic dont il pouvait disposer? Je lui poserai, à cet égard, les deux questions suivantes : 1° a-t-il déterminé la quantité d'urée contenue dans les urines de son malade? 2° s'est-il enquis de la proportion d'acide chlorhydrique renfermée dans le suc gastrique?

Ces recherches étaient d'autant plus importantes que notre ami commun, M. Debove, a récemment établi l'existence, à l'extrémité inférieure de l'œsophage, de rétrécissements jugés non cancéreux. Peut-être le fait de M. Terrillon rentre-t-il dans cette catégorie de cas.

M. Terrillon. A M. Segond, je répondrai que j'ai eu la même idée et la même crainte que lui ; mais que, précisément, mon petit appareil me paraît de nature à parer à l'inconvénient qu'il redoute. En effet, la partie intermédiaire aux deux ballons de caoutchouc, et qui traverse le trajet fistuleux, est d'un calibre inférieur à celui de ce trajet. Il ne passe donc pas à frottement. Il n'est, d'ailleurs, pour rien dans l'obturation de l'orifice. Celle-ci n'est, en réalité, due qu'à la compression produite, *intus et extra*, par les deux ballons gonflés et exactement appliqués sur le pourtour de la section. Je n'ai, en effet, réussi à obtenir une fermeture complète qu'en raccourcissant la portion intermédiaire des deux ballons, de façon à maintenir ceux-ci en contact étroit avec la paroi.

A M. Quénu, je dirai que je suis de son avis ; j'ai songé à un cancer, mais suis fort loin d'affirmer son existence. S'agit-il ici, comme le pense M. Terrier, d'un rétrécissement simple de l'œsophage? Cela est possible, mais rien ne permet de l'affirmer. Le malade n'avait présenté d'autre signe que celui d'une obstruction qui allait s'accentuant de jour en jour, jusqu'à ne pas permettre le passage d'une goutte de liquide. M. Debove, à qui j'avais parlé de ce malade, n'a, pas plus que moi, trouvé chez lui le caractère essentiel de l'affection qu'il a décrite.

Quant à la recherche de l'urée, je ferai observer à M. Terrier que, lors de la publication des travaux de M. Thiriar sur ce sujet, j'ai fait à la Salpêtrière — notre collègue M. Kirmisson a fait de même — des expériences qui nous ont démontré le peu de valeur de cet élément de diagnostic de cancer. Dans le cas présent, je n'ai même pas songé à y avoir recours.

M. Terrier. Et l'acide chlorhydrique?

M. Terrillon. J'ai dit qu'il était en assez grande abondance.

M. Terrier. C'est une présomption en faveur de l'idée qu'il ne s'agit pas de cancer.

Communication.

Plaie de l'artère axillaire. Contusion du plexus brachial. Ligature des deux bouts de l'axillaire blessée. Guérison,

Par M. Ch. Nélaton.

Le traitement des plaies artérielles est, d'une façon générale, définitivement établi, et la ligature, dans la plaie, des deux bouts du vaisseau divisé universellement considérée comme une règle absolue. Il est cependant certaines régions du corps où la difficulté d'exécuter cette opération permet encore la discussion. Telle est, par exemple, la région de l'aisselle.

J'ai eu à traiter, l'an passé, une plaie de l'artère axillaire, et j'ai eu recours à un expédient qui m'a facilité la ligature dans la plaie. Ce procédé, déjà proposé par plusieurs, n'a jamais été employé, que je sache, et comme je n'ai jamais eu qu'à m'en louer, je me permettrai de vous en parler aujourd'hui.

Le 12 juillet 1887, je faisais le remplacement de M. Périer à l'hôpital Lariboisière, lorsqu'on m'apporta, pendant la visite, une femme de 29 ans qui avait reçu, trois heures auparavant, une balle de revolver dans la partie postérieure de l'épaule gauche. Une hémorrhagie peu abondante, se faisant par l'orifice d'entrée de la balle, avait été facilement arrêtée par une compression légère ; mais le médecin du Raincy (localité où l'accident avait eu lieu), craignant des accidents plus sérieux, nous avait adressé la blessée.

En l'examinant, nous constatâmes la présence de l'orifice d'entrée de la balle à la partie inférieure du bord postérieur de l'aisselle gauche. Il était petit, contus, et ne livrait plus passage à aucun écoulement sanguin. La paroi antérieure de l'aisselle était extrêmement saillante, le sein projeté en bas, toute la région pectorale soulevée par un épanchement pouvant avoir le volume du poing. Le pouls de l'artère radiale, ainsi que celui de l'humérale, n'était point perceptible. Le membre supérieur gauche tombait complètement inerte, et le bras, l'avant-bras et la main ne possédaient plus aucun mouvement. Seule une légère flexion des doigts était conservée. En revanche, la sensibilité se retrouvait intacte au niveau de l'épaule et du bras, légèrement diminuée à l'avant-bras et à la main dans la sphère du médian et dans celle du cubital, à peine reconnaissable dans la zone du radial.

Malgré l'absence de battements, de mouvement d'expansion et de souffle, attentivement recherchés au niveau de la saillie pectorale, je n'hésitai pas à porter le diagnostic : plaie de l'artère axillaire ou d'une de ses collatérales importantes avec lésion simultanée d'une ou de plusieurs branches du plexus brachial.

Comme il n'y avait point d'hémorrhagie, point d'accident pressant,

et que, d'autre part, l'épanchement axillaire, bien que déjà fort volumineux, ne paraissait pas augmenter, je résolus de ne rien faire immédiatement, d'immobiliser le bras dans un bandage de Mayor et d'attendre les événements en soumettant la malade à une surveillance attentive. Je suivais, en faisant cela, la règle classique, car on sait qu'un certain nombre de plaies de l'artère axillaire sont arrivées spontanément à guérison.

Mais, le soir même, à quatre heures, la tuméfaction avait notablement augmenté de volume, les téguments étaient tendus et violacés, et, le lendemain matin, à l'heure de la visite, la saillie pectorale ayant doublé de volume, l'intervention s'imposait. Après réflexion, je me décidai à faire la ligature des deux bouts du vaisseau blessé ; pour découvrir ce dernier, je fendrais la paroi antérieure de l'aisselle de haut en bas, si besoin était. Ainsi, j'étais certain de lier le vaisseau blessé, qui pouvait être l'axillaire ou une de ses collatérales, et de me mettre, aussi sûrement que possible, à l'abri des hémorrhagies secondaires ; en même temps, je pourrais explorer le creux de l'aisselle, examiner les nerfs qui le traversent et pratiquer l'avivement et la suture nerveuse, si je trouvais quelqu'un de ces cordons lacéré par le projectile.

Mais, avant de mettre ce projet à exécution, instruit par la lecture des observations antérieures du danger de l'hémorrhagie au cours d'une semblable opération, je voulus me rendre tout d'abord maître de l'écoulement sanguin, en plaçant une ligature *temporaire* sur la sous-clavière.

La malade étant donc anesthésiée, je commençai par découvrir la sous-clavière en dehors des scalènes, en suivant le procédé classique de la ligature. J'arrivai sur le vaisseau non sans difficulté, car la clavicule, fracturée par le projectile à l'union de ses deux tiers internes avec son tiers externe, était déplacée et fortement refoulée en haut. Avant de parvenir sur l'artère, j'avais rencontré la balle, qui, passant sous la clavicule en la brisant, était venue se loger dans le triangle sus-claviculaire, au-devant des cordons nerveux du plexus brachial. Une fois le vaisseau découvert, je l'isolai et, très facilement avec l'aiguille de Cooper, j'engageai au-dessous de lui un large et gros catgut, avec lequel je fis un nœud coulant non serré qui me permit de le soulever pour y suspendre le cours du sang.

Cette ligature provisoire fut confiée à un aide, et dès lors à l'abri de toute hémorrhagie sérieuse, je me dirigeai vers l'aisselle.

Ignorant en quel point l'artère était blessée, je voulus d'abord découvrir sa portion inférieure, et fis une incision axillaire que la saillie de l'épanchement rendait parallèle au bord inférieur du grand pectoral. Par cette voie, je vidai le creux de l'aisselle d'une masse énorme de caillots, et je mis à découvert la portion inférieure du cordon vasculo-nerveux ; mais je ne vis pas la plaie vasculaire, qui était beaucoup plus élevée. Alors, faisant une incision perpendiculaire à la précédente, je fendis du haut en bas la paroi antérieure de l'aisselle, coupant successivement la peau, le tissu cellulaire, le grand pectoral, le

Paris. — Société d'imp. PAUL DUPONT (Cl.) 42.6.88. *Le Gérant :* G. MASSON.

petit pectoral et l'aponévrose clavi-coraco-axilliaire qui le renferme. A ce moment seulement, tout le cordon axillaire étant sous mes yeux, je découvris une plaie elliptique de 6 à 7 millimètres de long, n'intéressant que la paroi antérieure de l'artère axillaire, au niveau du bord supérieur du petit pectoral.

Je liai l'artère au-dessus et au-dessous de cet orifice, puis le tronc de l'acromio-thoracique, qui, détaché de l'axillaire, *donnait beaucoup de sang* malgré ma ligature d'attente. J'insiste sur ce fait qui contrastait avec l'absence absolue d'écoulement sanguin par l'axillaire même.

Ces trois ligatures étant placées, je regardai les cordons du plexus brachial, et ne voyant aucune section nerveuse exposée, pensant que les phénomènes paralytiques observés pouvaient être attribués à la contusion par le projectile des branches du plexus à leur passage sous la clavicule, je résolus de m'en tenir là. Je levai donc la ligature temporaire de la sous-clavière ; aucun écoulement sanguin ne se produisit ; alors je suturai successivement au catgut le petit et le grand pectoral, et plaçai des crins de Florence sur les incisions cutanées, un gros tube fut enfoncé dans la plaie axillaire, un pansement antiseptique appliqué, et le bras immobilisé.

Dès le lendemain de l'opération l'aspect du membre blessé était bon, aucun œdème, aucune tuméfaction des doigts ou de la main. La malade accusait seulement des douleurs très vives dans la région de l'épaule et du bras.

La température appréciée simplement au toucher pendant les quatre premiers jours nous paraissait normale. Le cinquième jour, le thermomètre, placé dans la paume de la main alternativement du côté de la plaie et du côté sain, donnait à gauche (côté de la plaie) 37°,8 à droite 37°,5. Cette différence de quelques dixièmes de degré se maintint à l'avantage du côté blessé pendant une quinzaine de jours ; nous l'attribuâmes à un phénomène de paralysie vaso-motrice consécutif aux contusions nerveuses du plexus brachial.

Toujours est-il que la plaie se réunit rapidement, sans la moindre complication. Le drain fut retiré le cinquième jour ; le 29 juillet les crins de Florence furent enlevés et le 6 août (vingt-quatrième jour) la cicatrisation de la plaie était complète. Mais le bras restait absolument inerte, et tout le mouvement du membre supérieur gauche n'était représenté que par quelques oscillations des doigts.

Je laisse de côté dans cette observation tout ce qui a trait aux lésions nerveuses que je ne vise pas en ce moment ; qu'il me suffise de dire qu'après être restée pendant deux mois complètement paralysée du membre supérieur gauche, la malade, soumise à un traitement électrique, très habilement et très consciencieusement dirigé par M. Larat, est arrivée à retrouver aujourd'hui la presque totalité de ses mouvements. Seule l'extension du poignet est à peu près nulle ; mais notre femme peut faire son ménage, balayer, coudre et tricoter, et cette réparation fonctionnelle me paraît vérifier l'hypothèse de contusion du plexus brachial faite au moment de l'opération.

J'ajouterai qu'aujourd'hui (15 avril 1888) il est impossible de sentir le pouls radial ou huméral.

Ma conduite dans ce cas ne fut pas classique ; pour obéir aux préceptes posés par M. Le Fort dans son article magistral du *Dictionnaire encyclopédique*, j'aurais dû ne pas toucher au foyer sanguin, m'en éloigner, et lier tout simplement la sous-clavière.

Les règles données par M. Le Fort en 1867 sont reproduites dans deux thèses, l'une de M. Freschard, inspirée en 1876 par M. Le Fort, l'autre de M. Pfilh, guidé en 1881 par M. Cras, puis nous les retrouvons dans le tout récent article de la Pathologie de M. Duplay (1887), ainsi que dans un chapitre du *Manuel des agrégés*, rédigé par M. Bouilly. Elles peuvent donc, à bon droit, être considérées comme classiques. A la vérité, plusieurs de nos maîtres n'y paraissent point souscrire d'une façon absolue, mais cette dissidence nous semble plutôt apparente que réelle.

En effet, à l'occasion de deux observations de ligature de la sous-clavière faite pour des blessures de l'artère axillaire, par MM. Terrier et Panas, et présentées par eux à la Société de chirurgie en 1875 et 1876, MM. Trélat, Tillaux, Perrin, Després et Le Dentu [1] déclarèrent qu'il fallait lier dans la plaie toutes les fois que cette opération était *praticable*. J'insiste sur ce mot employé par chacun des chirurgiens que je viens de citer, car il est loin d'élucider complètement la question.

Lorsque le chirurgien, en effet, se trouvera en présence d'un blessé tel que la malade dont je viens de rapporter l'histoire, qui lui présentera une saillie énorme de la paroi pectorale, provoquée par un abondant épanchement sanguin soulevant la clavicule, et gênant ou empêchant la compression de la sous-clavière, lorsqu'aucun signe ne lui indiquera le siège et l'étendue de la lésion vasculaire, comment pourra-t-il savoir, avant de l'avoir tentée, si la ligature est ou n'est pas praticable ?

Si l'on me répond : au cours de l'opération le chirurgien verra bien s'il peut ou ne peut pas lier les deux bouts dans la plaie, cela revient à dire : liez toujours dans la plaie, et dans les cas difficiles la ligature de la sous-clavière sera un pis aller qui vous permettra de remettre le malade dans son lit.

Je ne pense pas que le mot praticable ait jamais été pris dans cette acception. Il est dès lors évident que l'on déclare la ligature praticable dans ces cas où la grande étendue de la plaie permet, avant toute intervention, de voir ou de soupçonner les extrémités du vaisseau divisé, dans ceux où le siège de la blessure à la partie

[1] *Bulletins de la Soc. de chir.*, 1875, p. 717, et 1876, p. 140.

inférieure et antérieure de l'aisselle autorise à penser que le point du vaisseau blessé sera facilement mis à découvert.

Mais alors la règle restera celle posée par M. Le Fort, qui a écrit : « Si la plaie est large, et si l'on peut sans de grandes incisions arriver jusqu'à l'artère, il faut chercher à en lier les deux bouts. S'il faut pour cela pratiquer de larges débridements à travers la paroi antérieure de l'aisselle, il faut s'abstenir, recourir à la ligature de l'axillaire sous la clavicule, ou, ce qui est de beaucoup préférable, lier la sous-clavière [1]. » Et comme les cas de plaies larges ou basses sont l'exception (dans les faits jusqu'ici publiés), la règle thérapeutique reste la ligature de la sous-clavière par la méthode d'Anel.

J'ai voulu rappeler la doctrine de M. Le Fort pour montrer qu'en somme elle ne rencontre guère de dissidents ; car personne, je pense, n'accepte du mot praticable la première interprétation que j'ai supposée.

Or, à l'inverse de M. Le Fort, je crois que *dans tous les cas* la ligature des deux bouts de l'artère axillaire divisée est l'opération qui met le plus sûrement à l'abri des hémorrhagies secondaires, qui assure le plus fidèlement le rétablissement de la circulation collatérale, et qu'elle constitue dans cette région, comme partout ailleurs, la méthode thérapeutique de choix.

Pour établir l'exactitude de cette proposition, je vais chercher à réfuter les objections qui lui ont été faites.

Deux raisons ont fait préférer à la ligature des deux bouts du vaisseau dans la plaie la ligature de la sous-clavière par la méthode d'Anel.

1° C'est d'abord le danger d'une hémorrhagie. Celle-ci, pendant la recherche du vaisseau lésé, peut être telle qu'elle provoque la mort du malade pendant l'opération même (Desault) [2], ou le met dans un état de faiblesse et de collapsus qui ne lui laisse que quelques heures de survie (Roux [3]). Sans être aussi terrible dans ses effets, elle engendre presque toujours de grosses difficultés opératoires, rendant laborieuse et pénible la recherche du vaisseau au milieu d'une plaie inondée de sang, obligeant quelquefois le chirurgien à saisir en bloc le faisceau vasculo-nerveux pour arriver ensuite à en dégager avec peine les éléments non vasculaires plus ou moins meurtris et contus (Roux [4], Desault [5], Larrey [6]).

[1] Article AXILLAIRE du *Dictionnaire Dechambre*, p. 641.
[2] Observation citée *in* Bérard, article AXILLAIRE du *Dictionnaire en trente volumes*, p. 490.
[3] *Quarante années de pratique chirurgicale*, t. II, p. 359.
[4] *Loc. cit.*
[5] *Œuvres chirurg.*, t. II, p. 553.
[6] *Bull. de la Fac. de méd.*, 1819, t. I, p. 285.

2° Le deuxième danger de la ligature de l'axillaire dans la plaie est représenté par les divisions étendues des parties molles de la paroi antérieure de l'aisselle qui recouvrent l'artère, divisions nécessaires pour découvrir et lier rapidement le vaisseau blessé. « Tout ce qui compromet les artères secondaires naissant aux environs de la plaie de l'axillaire facilite la gangrène, dit M. Le Fort. Or, lorsque, pour lier les deux bouts de l'artère dans la plaie qu'on agrandit ou pour lier plus haut l'axillaire, on coupe toute ou presque toute la paroi antérieure de l'aisselle, l'acromio-thoracique, les thoraciques supérieure ou inférieure, les branches du grand et du petit pectoral, on va par cela même au-devant de la gangrène [1]. »

Or, je crois que les craintes relevant des deux chefs que nous venons d'indiquer (hémorrhagie immédiate, gangrène consécutive) peuvent être facilement écartées.

En premier lieu les accidents hémorrhagiques sont dus, la plupart du temps à la difficulté que le chirurgien éprouve à suspendre complètement le cours du sang par une compression prolongée et efficace de la sous-clavière. Or, la suppression momentanée de la circulation dans l'artère axillaire et ses branches par une ligature temporaire de la sous-clavière, ainsi que je l'ai fait, évitera à coup sûr, ce me semble, une hémorrhagie sérieuse et pouvant mettre les jours du blessé en péril.

Au point de vue de l'hémorrhagie, je pense donc que le chirurgien est maître de rendre toujours l'opération praticable par une ligature préalable et temporaire de la sous-clavière.

Cet expédient que j'ai appliqué dans le cas que je viens de rapporter n'est d'ailleurs point de mon invention. On le trouve proposé par Dolbeau dans son article AISSELLE du *Dictionnaire encyclopédique* [2]. Je l'ai, en 1870, entendu discuter par mon père dans un cas analogue. Enfin, dans la thèse de M. Pfilh, on retrouve la même idée émise par M. Cras. Toujours est-il que cette ligature temporaire de la sous-clavière m'a servi, m'a rendu relativement facile une opération qui passe pour laborieuse, et que la malade a guéri. C'est pourquoi je pense qu'elle peut être recommandée, puisqu'elle permet, sans perte de sang notable, de faire le meilleur traitement des plaies de l'axillaire au point de vue des hémorrhagies secondaires : la ligature des deux bouts du vaisseau divisé, quel que soit le siège de la lésion.

Il me reste à envisager la deuxième question relative au danger du sphacèle consécutif à cette ligature.

[1] Article AXILLAIRE du *Dictionnaire Dechambre*, p. 641.
[2] Article AISSELLE du *Dictionnaire Dechambre*, p. 348.

M. Le Fort préconise la ligature de la sous-clavière dans les cas de plaie de l'axillaire, non pas seulement par crainte de l'hémorrhagie ou des difficultés qui peuvent accompagner la ligature des deux bouts, mais aussi parce que, selon lui, la recherche du vaisseau blessé entraîne des débridements étendus de la paroi antérieure de l'aisselle, la section de vaisseaux nécessaires au rétablissement de la circulation collatérale, et expose à la gangrène du membre correspondant.

Pour appuyer son assertion sur des faits, M. Le Fort rappelle que la ligature de l'axillaire dans la plaie, pratiquée sept fois pour des plaies proprement dites de l'axillaire (Arronsohn, Hall, Adams, Larrey, Maunoir, Bœckel, Roux) et trois fois pour des anévrysmes diffus consécutifs à des plaies (Desault, Bickersteth, Skey), n'a donné que deux succès dans les cas de Hall et d'Arronsohn, où des débridements n'ont pas été nécessaires, le vaisseau divisé se voyant au fond de la plaie, et que sept autres cas ont été mortels, quatre d'entre eux étant accompagnés de sphacèle du membre supérieur (Desault, Larrey, Adams, Bœckel).

Je pense néanmoins que cette crainte du sphacèle consécutif ne doit pas plus arrêter le chirurgien que le danger de l'hémorrhagie pendant l'opération. Et cela pour plusieurs raisons : les premières d'ordre anatomique, les secondes d'ordre clinique.

1° Sur un cadavre dont les artères sont préalablement injectées pour les rendre plus faciles à disséquer, on peut faire une incision commençant à deux centimètres au-dessous de la clavicule, et divisant, à partir de ce point, toute la paroi antérieure de l'aisselle du haut en bas sans couper une seule branche artérielle importante.

L'incision commence à 7 centimètres environ de l'articulation sterno-claviculaire, et à un grand travers de doigt au-dessous de la clavicule, elle se dirige en bas et en dehors vers le bord interne des muscles coraco-huméral et biceps. On coupe successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le grand et le petit pectoral, l'aponévrose coraco-clavi-axillaire, et l'on arrive sur le paquet vasculo-nerveux sans avoir rencontré aucun vaisseau de calibre.

L'acromio-thoracique, en effet, ainsi que la petite thoracique postérieure, naissent seules de la partie antérieure de l'axillaire, la première est placée au-dessus du bord supérieur du petit pectoral, il suffit de la récliner légèrement en haut, au moment de la section de ce muscle, pour ne point toucher son tronc, et ses branches, se portant à droite et à gauche de l'incision dans les deux moitiés des pectoraux divisés, n'ont subi aucune atteinte. Il en est généralement de même de la thoracique postérieure, ordinairement très voisine de la précédente ou confondue avec elle. Mais, en admettant

même la lésion possible de ce dernier vaisseau, qui peut naître plus bas, son faible calibre ne nous permettrait pas d'attacher de l'importance à sa blessure.

Quant aux autres branches de l'axillaire, elles partent de ses parties postérieures ou latérales et ne se dirigent pas en avant; elles ne courent donc aucun risque d'être atteintes.

En résumé, il n'y a aucune branche artérielle importante divisée pouvant empêcher le rétablissement de la circulation collatérale par l'incision de la paroi antérieure de l'aisselle.

D'ailleurs, une expérience bien simple le démontre et prouve en même temps que la ligature de l'axillaire exposera beaucoup moins le membre supérieur au sphacèle que la ligature de la sous-clavière.

Sur un cadavre, on pratique du côté droit la ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes. Du côté gauche, on fend la paroi antérieure de l'aisselle et on lie l'axillaire à sa partie moyenne, au-dessous de l'acromio-thoracique, par exemple. Puis on pousse une injection par la crosse de l'aorte. L'injection s'arrête du côté droit, au-dessus de la ligature de la sous-clavière, et aucune goutte de liquide d'injection n'arrive aux collatérales de l'axillaire, ni à l'humérale; du côté gauche, au contraire, l'injection passe dans l'humérale par l'anastomose de la sus-scapulaire avec la sous-scapulaire et se retrouve jusque dans le tiers inférieur des artères radiale et cubitale.

J'ai répété cette expérience trois fois en plaçant la ligature de l'axillaire tantôt au-dessous de l'acromio-thoracique, tantôt au-dessus, tantôt plus bas, juste au-dessus de la sous-scapulaire, le résultat a toujours été le même : injection facile de l'humérale, tandis que, du côté où la sous-clavière était liée, les vaisseaux sous-jacents demeuraient vides.

D'après ces expériences anatomiques faciles à répéter, on est, ce me semble, en droit de conclure que la gêne de la circulation du membre supérieur sera beaucoup plus grande à la suite de la ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes, qu'à la suite de la ligature de l'axillaire, même après division de la paroi antérieure de l'aisselle.

Donc la crainte de la gangrène due au défaut du rétablissement de la circulation collatérale ne doit pas faire rejeter les débridements larges, nécessaires pour lier les deux bouts du vaisseau divisé.

2° Que si maintenant l'on se place sur le terrain de l'observation clinique et de la statistique, et que l'on m'objecte les observations sur lesquelles s'appuie M. Le Fort, rappelées par MM. Duplay, Bouilly, etc., je répondrai que l'un des cas de sphacèle du membre

supérieur, à la suite de la ligature des deux bouts de l'axillaire divisée appartient à Desault, qui, pour faire cette opération, employa « une ligature large de 3 lignes qu'on serra au moyen d'une canule d'argent... dans laquelle un petit coin de bois engagé entre les fils servait à les fixer l'un et l'autre », puis « on serre et on resserre ces ligatures tous les jours... » un érysipèle survient autour de la plaie le 4e jour et le sphacèle débute le 5e jour.

Le sphacèle est encore mentionné dans l'observation de Larrey, où une ligature est nouée « directement sur un cylindre de sparadrap, placé entre elle et le vaisseau ». *Le pouls radial reparaît* le 3e jour, mais une suppuration abondante de la plaie se produit, le pouls disparaît de nouveau et le 8e jour le sphacèle survient.

Le même fait est signalé dans le cas de Bickersteth dans lequel des ligatures furent placées non seulement sur les deux bouts de l'artère divisée, mais sur plusieurs autres vaisseaux de l'aisselle.

Enfin, dans les observations d'Adams, de Bœckel, de Maunoir, le détail des conditions dans lesquelles se produisit la gangrène manque, mais une inflammation et une suppuration abondante de la région axillaire suivirent forcément l'intervention, et ce fait suffit à nous expliquer les accidents. Or, toutes ces observations ont eu un grand intérêt autrefois, et au moment où M. Le Fort les rapportait (1867) leur réunion servait à montrer la gravité incontestable de la ligature de l'artère blessée dans le large foyer de suppuration de l'aisselle, lorsque cette opération était faite avant la période antiseptique, puisque, sur dix cas (Adams, Arronsohn, Bœckel, Hall, Larrey, Maunoir, Roux, Bickersteth, Desault, Skey)[1] rapportés par lui, deux seulement avaient été suivis de guérison complète, et un 3e de guérison avec sphacèle des doigts (Maunoir).

Mais depuis lors les choses ont changé, bien qu'il n'existe qu'un fort petit nombre d'observations récentes de ligature de l'axillaire blessée dans la plaie, la ligature de la sous-clavière étant dans ce cas le traitement devenu classique; les quelques faits que nous avons pu relever depuis la période antiseptique ont abouti, pour la plupart, à une guérison simple et rapide. Tels sont les faits publiés par E. Watson en 1878 [2], par Joseph Bell [3] en 1879, par Schmoll [4] en 1880, par Fenwick [5] en 1883, auquel nous joindrons le nôtre; seul, le cas rapporté par Poncet en 1886 eut une issue

[1] Article AXILLAIRE de Le Fort, *loc. cit.*
[2] *Lancet*, 1878, p. 602.
[3] *Edinb. med. Journ.*, 1879, t. XXIV, p. 794.
[4] Diss. inaug. Bonn. 1880 (*Revue de Hayem*, 1882, t. XIX, p. 265).
[5] *British. med. Journ.*, 1883, p. 617.

funeste; mais bien que Poncet[1] ait cherché à lier les deux bouts du vaisseau divisé, il ne me paraît pas certain qu'il y ait réussi; en tout cas, il eut une suppuration du foyer axillaire, ce qui rapproche son observation des faits anciens.

Quoi qu'il en soit, si ces statistiques incomplètes avaient une valeur[2], on pourrait, aujourd'hui, opposer à la statistique de M. Le Fort, qui, en 1867, donnait 7 morts sur 10 cas, celle de la période antiseptique, qui, sur 6 cas, donne 5 guérisons.

Je pense donc que la ligature de la sous-clavière par la méthode d'Anel, que l'on trouve encore dans les classiques comme la règle du traitement des plaies de l'axillaire, ne doit pas, aujourd'hui, être considérée comme telle, et que là comme partout ailleurs la ligature des deux bouts dans la plaie reste et restera la méthode de choix, parce qu'elle permet :

De lier sûrement le vaisseau atteint au point blessé;

D'éviter aussi sûrement que possible les hémorrhagies secondaires;

De placer le membre supérieur dans les conditions les plus favorables au rétablissement de la circulation collatérale;

D'explorer, en même temps que l'artère, les cordons nerveux axillaires, et de pratiquer leur avivement et leur suture, si besoin est.

Discussion.

M. Schwartz. M. Nélaton, dans le cas qu'il vient de nous rapporter, n'aurait-il pu, au lieu d'une ligature temporaire de la sous-clavière, se contenter de faire la compression de l'artère? Si la compression à travers la peau lui eût semblé insuffisante, rien ne l'empêchait de mettre l'artère à découvert à l'aide d'une incision et de la faire comprimer directement sur la première côte. Je demanderai aussi à notre collègue comment il a serré son fil?

M. Nélaton. Je ne l'ai pas serré. Je n'ai fait que soulever l'artère à l'aide du fil passé sous elle; cela suffisait pour arrêter le cours du sang.

M. Terrier. J'ai déjà mentionné ici un cas de ligature de la sous-clavière pratiquée par moi avec le concours de M. Le Fort.

[1] *Gaz. hebdomad.*, 1886, p. 736.

[2] Il m'a été impossible de me procurer diverses observations dont le résultat pourrait changer du tout au tout cette petite statistique; tels sont les faits de : Buengner, *Inaug. Dissert.* Dorpat., 1885. — Archanguelski, *Med. Novosti*, n° 2, 1882. — Casuso, *Cron. med. quir. da la Habana*, 1885, p. 557. — Bridgmann, *Tr. N. Hampshire med. Soc.* Manchester, 1885, p. 78.

Le souvenir que j'ai conservé des difficultés extrêmes rencontrées par moi au cours de cette opération fait que je ne suis pas très enthousiaste de la ligature préalable, recommandée par M. Nélaton.

Le précepte général qu'il est venu défendre devant vous n'en est pas moins excellent : aller directement à la recherche de l'artère blessée. Le point difficile est d'établir l'hémostase, sans laquelle cette recherche n'est guère possible. En d'autres régions, à la cuisse, par exemple, comme j'ai pu le constater dans un cas récent, rien n'est plus facile ; bien faciles aussi, dans ces conditions, deviennent la découverte et la ligature du vaisseau.

Il n'en est pas de même à l'aisselle. Pour empêcher l'abord du sang dans le champ opératoire, M. Nélaton a fait la ligature temporaire de la sous-clavière. Il y est parvenu sans peine. Mais tous les cas ne seront pas aussi favorables; si un certain temps s'est écoulé depuis l'accident, si déjà des phénomènes inflammatoires sont apparus, si l'on est obligé d'agir sur des tissus œdématiés et infiltrés, l'opération pourra être des plus laborieuses.

Avant donc d'en arriver là, je voudrais que l'on s'assurât si, par la simple compression faite de l'extérieur, on ne peut parvenir à suspendre le cours du sang dans l'artère. Si l'on n'y réussit pas, on pourrait encore, comme le proposait M. Schwartz, mettre le vaisseau à nu, et agir directement sur lui par les doigts d'un aide, ou avec un tampon de gaze iodoformée. Cela me paraît plus prudent que de passer un fil autour de la sous-clavière.

En résumé, je le répète, l'idée de M. Nélaton est excellente, je ne fais quelques réserves que sur le *modus faciendi*.

M. Le Dentu. La conduite à tenir, dans les cas de ce genre, doit varier suivant les circonstances. Il est clair que si la quantité de sang épanché est peu considérable on ne songera pas à la ligature préalable de la sous-clavière, et l'on ira droit à l'artère dans la plaie. Que si l'on constate, au contraire, un grand épanchement sanguin, un de ces vastes anévrysmes diffus traumatiques, qui souvent s'accompagnent de menaces de phlegmon, la ligature d'attente pourra évidemment être une précieuse ressource.

Je me suis une fois trouvé, dans un cas analogue à celui de M. Nélaton, en présence de difficultés semblables. Il s'agissait d'un homme dont l'artère axillaire avait été rompue à la suite d'une luxation de l'épaule. L'accident datait de quelques heures, mais déjà des phénomènes phlegmoneux se montraient, il y avait de l'œdème et une énorme tuméfaction locale. Je n'hésitai pas, dans ce cas, sur le parti à prendre. Je mis la sous-clavière à nu, je passai un fil au-dessous, sans le serrer; un simple mouvement

d'élévation, exécuté par mon aide, suffit pour assurer une hémostase complète; je pus, grâce à ce moyen, faire dans les meilleures conditions et sans hémorrhagie la désarticulation de l'épaule, que j'avais jugée nécessaire.

Je crois donc que, dans ces cas, exceptionnellement graves sans doute, mais qui se présentent en somme assez souvent dans la pratique, on doit avoir présente à l'esprit cette ressource de la ligature d'attente de la sous-clavière, ou du moins de la compression directe de l'artère mise à nu.

M. Tillaux. Nous avons bien des fois discuté, dans cette enceinte, la question de la conduite à tenir dans les plaies des artères, et nous sommes tous arrivés à cette conclusion, qu'il fallait toujours chercher à pratiquer la ligature des deux bouts du vaisseau de la plaie. C'est là une règle générale dont personne ne conteste plus la valeur. Votre père, M. Nélaton, le disait, et Richard le répétait après lui : « Allez à la plaie, coûte que coûte. Faites tout pour découvrir l'artère ouverte, dussiez-vous y passer une heure, deux heures et davantage; ne quittez votre blessé que lorsque votre recherche aura abouti. » A une condition pourtant, ajouterai-je, c'est que cette ligature dans la plaie soit matériellement possible. Si elle vous est démontrée impossible, alors, mais alors seulement, ayez recours aux moyens détournés, ou à l'un des procédés dont il vient d'être question ici, et qui sont en état d'arrêter le sang au-dessus de la blessure.

M. Berger. Je serais, dans un cas semblable à celui de M. Nélaton, plus partisan de la ligature d'attente que de la compression. Il faut, en effet, pour aller à la recherche de l'artère blessée dans la plaie, relever l'épaule pour mettre la région à découvert. Il devient alors bien difficile de continuer nne compression efficace.

On nous a dit : mettez l'artère à nu et comprimez-la directement. Mais si l'on a tant fait, je ne vois pas pourquoi l'on n'irait pas plus loin, pourquoi l'on ne passerait pas sous elle un fil d'attente. La compression que l'on exerce par ce moyen est beaucoup plus sûre que celle que l'on peut obtenir par le doigt d'un aide ou par un tampon.

J'ajoute qu'il ne me paraît pas que la ligature de la sous-clavière soit d'une exécution si difficile. J'ai eu deux fois occasion de la pratiquer. J'y ai mis un certain temps, assurément; c'est une opération laborieuse, mais cependant très abordable.

M. Terrier. Les remarques qui viennent d'être faites ne modifient pas mon opinion. Si j'avais à subir une opération de ce genre, je préférerais qu'on ne fît pas passer un fil sous mon artère, ou du

moins, pour se résoudre à ce parti, faudrait-il que les autres moyens d'hémostase provisoire eussent échoué.

Je persiste aussi à croire que, surtout lorsqu'il existe déjà du gonflement inflammatoire, la découverte de l'artère peut être difficile et non sans danger. Je rappelle que, dans mon cas, c'était à une profondeur de 5 centimètres au moins qu'il fallait agir pour découvrir et dénuder l'artère.

M. Nélaton. Je dirai à M. Terrier que si j'ai fait passer un fil sous la sous-clavière, c'est que la recherche de l'artère a été sans difficulté aucune. Si je n'étais pas parvenu aussi facilement jusqu'à elle, je me fusse sans doute contenté de la compression. Il est certain, d'autre part, que cette ligature d'attente me donnait une grande sécurité ; ceci vaut la peine d'être considéré.

A M. Tillaux, je répondrai que je n'ai pas la prétention d'avoir rien inventé dans la marche à suivre pour le traitement des plaies des artères. Je lui ferai remarquer, cependant, que, si les préceptes qu'il a rappelés sont universellement admis pour les blessures artérielles d'autres régions, il n'en est pas de même pour celles qui siègent à l'aisselle. A telles enseignes qu'en 1875, ici même, M. Terrier et M. Panas rapportaient l'un et l'autre qu'en pareil cas ils s'étaient crus dans l'obligation de lier la sous-clavière.

Lecture.

M. Delorme lit trois observations de *phlegmon sus-hyoïdien* (M. Prengrueber, rapporteur).

Présentation de malades.

M. Th. Anger présente deux malades atteints d'*ectasie du système lymphatique.*

Le premier, âgé du 46 ans, porte deux tumeurs symétriquement placées au milieu du triangle de Scarpa. Ces deux tumeurs présentent tous les caractères des adéno-lymphocèles : indolence, augmentation par la station debout, réductibilité peu accusée par le repos ; peau saine, sensation de noyaux agglomérés, de paquets de ficelle. Des tumeurs analogues semblent exister plus haut, vers les deux articulations sacro-iliaques.

Le second malade est un enfant de 14 ans, qui présente dans l'aine

et le scrotum gauches une tumeur indolente, sans changement de coloration de la peau, sans troubles intestinaux. La tumeur ressemble beaucoup à une épiplocèle congénitale; mais on remarque au périnée un empâtement analogue. A la partie postérieure de la cuisse existent des cordons noueux qui descendent jusqu'au mollet. L'existence de ces sortes de ficelles noueuses, remontant du pied jusqu'à l'aine, permet d'établir le diagnostic d'ectasie des vaisseaux lymphatiques. Ces dilatations ne sont accompagnées d'aucune ectasie sur les réseaux ni dans les ganglions lymphatiques. Elles sont limitées au membre inférieur gauche; mais elles remontent très probablement jusqu'au réservoir de Pecquet.

M. Th. Anger fait remarquer que ces deux individus sont Français, nés de parents français, qu'ils n'ont jamais quitté la France.

M. le Président déclare vacante une place de membre titulaire.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,
CH. MONOD.

Séance du 16 mai 1888.

Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *La Curabilité de la phthisie du larynx et son traitement chirurgical*, par le Dr TH. HERYNAG (de Varsovie), traduit par le Dr SCHIFFERS (de Liège);

3° Le deuxième fascicule du tome VIII des *Mémoires des con cours*, publiés par l'Académie royale de médecine. — *Des diverses méthodes de pansement et de traitement antiseptique des plaies*, par le Dr DANDOIS;

4° La Société contre l'abus du tabac invite la Société de chirurgie à se faire représenter et à prendre part au congrès qu'elle tiendra pendant l'Exposition universelle de 1889;

5° Lettre de candidature de M. Routier.

A propos du procès-verbal.

M. Terrillon présente le petit appareil construit par M. Galante, appliqué par lui avec succès chez l'opéré de gastrostomie dont il a parlé dans la dernière séance.

Rapport.

Sur cinq observations de calculs vésicaux opérés par la *lithotritie rapide et la taille vaginale. Pathogénie des cystites chez les gens qui n'ont jamais été sondés. Les microbes et les calculs vésicaux*, par M. le Dr E. Doyen (de Reims),

Rapport par M. Ed. Schwartz.

Tel est le titre complexe du mémoire que nous a adressé M. Doyen. Il comprend deux parties principales, l'une composée de cinq observations que nous vous résumons sommairement dans leurs points essentiels, l'autre consacrée à une discussion sur la pathogénie des cystites et des calculs.

Observation I. — Homme de 60 ans, goutteux, hématurie sous l'influence d'une fatigue, depuis quelque temps douleurs vives à la fin de la miction, intermittences du jet de l'urine. L'examen montre un urèthre étroit n'admettant qu'une bougie n° 20; la prostate n'est pas très grosse. Urine acide; pas de cystite. On dilate pendant quelques jours l'urèthre avec des bougies nos 20, 21 et 22; léger accès fébrile, sulfate de quinine. L'exploration avec le cathéter et le brise-pierre explorateur montre un calcul urique, probablement de 2 à 3 centimètres, très mobile. Le malade est lithotritié le 10 mai 1886; lithotritie rapide sous le chloroforme après avoir dilaté rapidement jusqu'au n° 28. La séance a duré vingt minutes. Avant l'aspiration, lavages avec la seringue chargée d'une solution boriquée. Guérison apyrétique. Les fragments du calcul urique pèsent 4 grammes environ. La convalescence a néanmoins été entravée par une phlébite peu grave de la cuisse droite.

Obs. II. — Un homme de 68 ans, à grosse prostate, atteint d'une cystite légère depuis plusieurs mois avec alcalinité des urines, porte

plusieurs calculs (2 ou 3); la vessie est à colonnes, très irritable; l'exploration a donné quelques gouttes de sang. Lithotritie pendant trente minutes sous le chloroforme; un fragment échappe et ne peut être retrouvé. Quelques accidents fébriles sans conséquence, épididymite unilatérale. Comme le malade continue à souffrir, il revient trois semaines après; M. Doyen retrouve le fragment égaré et le broie séance tenante, sans chloroforme, dans l'espace de deux minutes à peine. Évacuation avec la seringue et la sonde 25. A partir de ce moment, la cystite se calme et le malade est guéri, si ce n'est de son hypertrophie prostatique.

Obs. III. — C'est l'histoire d'un homme encore jeune, 24 ans; suspect de tuberculose et atteint de troubles urinaires dus à plusieurs calculs probablement uriques. Avant d'opérer, on traite l'état général. La lithotritie est pratiquée sous le chloroforme et dure vingt-sept minutes, y compris le raclage d'une incrustation prostatique avec la sonde à bec plat de Collin. Le malade, ayant fait quelque imprudence, est pris le soir même d'un violent frisson; heureusement tout malaise a disparu le lendemain matin : mais la convalescence est néanmoins traversée par une uréthrite et une épididymite qui guérissent par un traitement approprié.

Obs. IV. — Il s'agit d'un homme âgé de 73 ans, qui a de la cystite depuis plusieurs mois et des signes de ramollissement cérébral par athérome et qui présente un calcul volumineux mesurant entre 4 et 5 centimètres, à surface très rugueuse. On lui pratique la litholapaxie sous le chloroforme. On évacue les débris, 19 grammes environ, par des lavages avec la seringue, l'aspirateur achève de vider la vessie. Après dessiccation, les fragments pèsent ensemble 20 grammes. L'auteur ne nous renseigne pas sur leur nature chimique. Guérison. Mort plus tard d'accidents d'hémorrhagie cérébrale.

Obs. V. — Dame de 75 ans, qui présente tous les symptômes rationnels de la pierre, et chez laquelle on découvre un calcul de 4 à 5 centimètres de diamètre, dur et lourd; il y a une légère cystite : les urines sont neutres plutôt qu'acides. On essaye, le 24 mars, sous le chloroforme, la lithotritie, qui est impossible, vu la dureté de la pierre, qui résiste même au plus fort lithotriteur n° 2 1/2. De plus, le calcul est saisi en quelque sorte par le sommet de la vessie, qui se contracte sur lui. C'est alors que notre confrère se décide à faire la taille vésico-vaginale, qui permet l'extraction assez facile des débris et d'un gros noyau central très dur. Une sonde est fixée dans la vessie pour y faire des lavages boriqués. On ne suture pas l'incision vésico-vaginale, qu'on traitera plus tard. Le calcul pesait 43 grammes; les couches corticales sont uriques, le noyau semble d'oxalate de chaux, il est noirâtre et mamelonné.

Dans tous les cas rapportés par M. Doyen, l'examen des reins a été l'objet d'une attention toute spéciale; à ce propos, il rappelle

en quelques mots la méthode d'exploration qui lui semble pouvoir éclairer à coup sûr le clinicien sur la présence ou l'absence de pus dans les voies urinaires supra-vésicales. Elle consiste à évacuer la vessie complètement, puis à y faire des lavages boriqués, jusqu'à ce que le liquide ressorte clair; puis on fait des pressions méthodiques le long des uretères, et, cinq minutes après, avec une sonde de petit calibre bien propre, on retire le liquide contenu dans la vessie, qui est certainement venu directement des uretères, du bassinet et des reins. S'il y a de la cystite, comme le démontre l'urine du premier cathétérisme, c'est que l'urine du second sera limpide, acide et sans éléments figurés : la vessie ne peut en quelques minutes, si enflammée qu'elle soit, donner lieu à une formation de pus appréciable, tandis que dans le cas de pyélonéphrite les pressions exercées sur les reins et les uretères donnent au second sondage jusqu'à 8 ou 10 centimètres cubes d'un liquide purulent caractéristique.

M. Doyen termine la première partie de son mémoire par les conclusions que voici : les seules contre-indications spéciales à la lithotritie sont :

1° L'étroitesse insurmontable du canal et l'irritabilité de la vessie;

2° L'impossibilité de saisir la pierre;

3° Sa dureté excessive.

Des quatre premières observations de notre confrère, je ne dirai rien, si ce n'est pour le féliciter et de sa détermination et de la manière dont il est arrivé au but. La lithotritie rapide est actuellement entrée dans le domaine chirurgical, son manuel opératoire, ses indications sont bien déterminées et connues de tous ceux qui s'occupent de chirurgie.

Les calculs sont plus rares chez la femme, et la cinquième observation de M. Doyen nous montre un cas intéressant de gros calcul dur chez une femme de 75 ans. Tout récemment encore, le professeur Guyon, dans une leçon publiée dans la *Semaine médicale*, insistait sur la difficulté plus grande de la lithotritie dans ces conditions. Vessie ample, sans cul-de-sac postérieur, difficulté plus grande de la tenir dilatée et d'y manœuvrer avec un brise-pierre, telles sont les raisons données pour l'expliquer. Aussi, vu l'âge de la malade, vu le volume considérable de la pierre et sa dureté, je suis à me demander pourquoi notre confrère s'est obstiné pendant une demi-heure à vouloir broyer le calcul jusqu'à fausser de forts lithotriteurs, lorsque la taille vésico-vaginale donne un accès dans la vessie, si large, si facile, et en général si peu dangereux; il eût pu, s'il eût fait immédiatement la cystotomie, ou du moins s'il l'eût entreprise dès l'insuccès des premières tentatives de broiement, refermer aussitôt le réservoir vésical et obtenir ainsi une guérison

plus rapide sans passer par l'infirmité temporaire, mais néanmoins pénible, d'une fistule vésico-vaginale.

La seconde partie du mémoire que nous a adressé le Dr Doyen contient quelques considérations sur la pathogénie des cystites et des calculs vésicaux.

Tout d'abord, il proteste contre la doctrine de la pathogénie des cystites dues à l'introduction des microbes par des instruments malpropres, et il pense que les germes venus par l'urèthre ne végètent guère que dans les cas de rétention d'urine chez les prostatiques ou quand la vessie est sans cesse irritée par un calcul. Nous voulons bien admettre que ces dernières conditions soient excessivement favorables au développement de la cystite; il n'en reste pas moins vrai que l'infection de la vessie par des instruments malpropres n'est plus à démontrer; d'ailleurs, lorsqu'on fait un cathétérisme, soit pour un rétrécissement, soit pour un obstacle prostatique, soit dans un but d'exploration, n'y a-t-il presque pas toujours des conditions pathologiques, soit du côté du réservoir urinaire, soit du côté de son contenu? A notre avis, il faut, au contraire, appuyer sur la nécessité d'une asepsie aussi rigoureuse que possible des cathéters et des instruments, quel que soit l'état des voies urinaires.

Nous n'insisterons pas sur les recherches de notre confrère relatives à l'élimination des microbes par l'urine, et leur rôle dans la pathogénie des cystites; elles ont été déjà communiquées à une autre assemblée, et nous ne dirons plus que quelques mots à propos de la pathogénie des calculs vésicaux. Les expérimentations de l'auteur, concordant avec celles d'Alvarez, semblent bien démontrer que la formation des calculs reste un phénomène physico-chimique, et que le noyau n'est nullement constitué par des microbes. Ceux-ci ont toujours été découverts dans les couches corticales formées secondairement autour du noyau central, généralement plus molles et plus friables; ils y sont emprisonnés, mais ne jouent aucun rôle dans le dépôt des différentes matières qui constituent les pierres.

Nous vous proposons d'adresser des remerciements à M. le Dr Doyen et de déposer son mémoire dans nos Archives.

Communication.

Du traitement des fibromes utérins par la castration ovarienne,

Par M. Paul Segond.

Le traitement des fibromes utérins par la castration ovarienne, proposé et mis en pratique pour la première fois par Hegar (de

Fribourg), a trouvé rapidement crédit auprès des chirurgiens étrangers, et c'est à leur initiative que nous devons la majeure partie des travaux publiés sur ce sujet. Parmi nous, l'accueil semble avoir été plus froid, la bibliographie française de cette méthode de traitement est encore assez brève et, comme publications spéciales, nous possédons seulement, à ma connaissance, le mémoire du professeur Duplay, la thèse inaugurale de Tissier, quelques observations isolées et les communications récentes de Terrillon, soit à la Société obstétricale et gynécologique (séance du 9 février 1888), soit au Congrès de chirurgie (troisième session). La question vaut cependant la peine d'être étudiée de près. Les faits actuellement connus ne permettent pas de contester les vertus hémostatiques et atrophiantes de la ménopause par castration, et les conclusions formulées par le professeur Duplay résument fidèlement la réalité. La castration pour fibromes, dit-il, est suivie « presque constamment de la cessation complète et définitive des hémorrhagies » et « très fréquemment de la diminution de volume de la tumeur ».

Néanmoins, cette méthode de traitement n'a pas rallié tous les suffrages. Elle a, sans doute, ses partisans convaincus comme Hegar, Lawson Tait ou Duplay ; mais nombre d'opérateurs se montrent tout au moins réservés à l'égard de sa valeur réelle. Les uns, comme Péan et son élève Sécheyron (*Th. doct.*, Paris, 1888), préfèrent toujours les interventions directes ; d'autres enfin pensent, avec Schrœder et Olshausen, que les perfectionnements incessants de la myotomie transpéritonéale conduiront à restreindre de plus en plus les indications de la castration. La question reste donc à l'étude, et je crois faire œuvre utile en vous communiquant les résultats que m'a donné la castration ovarienne sur quatre malades atteintes de fibromes utérins. Voici d'abord mes quatre observations :

Observation I. — *Fibrome utérin sous-péritonéal enclavé dans la fosse iliaque droite. Troubles dysménorrhéiques. Ablation de l'ovaire et de la trompe gauches. Guérison.*

Femme de 26 ans n'offrant aucun antécédent héréditaire digne d'être traité. Réglée à 16 ans, elle a eu quatre grossesses normales. Son dernier accouchement date de six mois. A la suite de cette dernière couche, une péritonite assez grave l'a maintenue au lit pendant un mois. Depuis lors, altération notable de la santé générale, amaigrissement, élancements presque continuels dans le petit bassin, douleurs intolérables pendant les dernières règles. La malade entre à l'hôpital Necker le 24 août 1886. L'examen de l'abdomen ne laisse aucun doute sur le diagnostic. Il s'agit d'un fibrome utérin sous-péritonéal gros

comme une tête de fœtus à terme et couché dans la fosse iliaque droite. L'ovaire droit est impossible à sentir par le toucher. L'ovaire gauche se laisse au contraire facilement percevoir. Il ne semble pas augmenté de volume, mais il est très douloureux à la pression. L'utérus fait corps avec la tumeur, le col est très élevé, entr'ouvert, petit et non ulcéré. La cavité utérine mesure 9 centimètres. La continuité des douleurs, leur intensité suffisante pour empêcher tout travail, leur intolérable exacerbation au moment des règles et l'amaigrissement progressif me conduisent à proposer une intervention chirurgicale qui est du reste très désirée par la patiente.

Le 17 septembre, avec l'assistance de mes collègues, MM. Nélaton et Quénu, je pratique la laparotomie, me réservant d'opter soit pour l'hystérotomie, soit pour la castration ovarienne, suivant l'état des lieux. Après ouverture du ventre, un examen rapide me démontre que l'ablation du fibrome n'est possible qu'au prix de manœuvres laborieuses et très longues. Des adhérences solides fixent la tumeur dans la fosse iliaque droite et les anses intestinales lui adhèrent intimement. Dans ces conditions, désirant avant tout ne point compromettre l'existence d'une jeune femme dont la vie n'est pas, en définitive, directement menacée par la nature du mal, je me décide pour la castration. J'enlève d'abord l'ovaire et la trompe gauches, puis, après réduction du pédicule, je recherche les annexes droites ; mais, en dépit de manœuvres très attentives, je ne puis y réussir. Je me résigne donc à refermer le ventre après quarante minutes d'opération. Dix points de sutures au fil d'argent et cinq points superficiels sont nécessaires pour refermer la plaie, que j'ai dû étendre à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic, Suites opératoires très simples. Le thermomètre s'élève à 37°,8 le soir du deuxième et du troisième jour, puis, à partir du quatrième jour, la température reste normale. L'opérée urine seule dès le 18 et la première selle a lieu spontanément le 21. J'enlève les fils le 25 septembre, la malade se lève le 5 octobre et quitte l'hôpital le 25 avec une ceinture hypogastrique.

J'ai revu cette opérée plusieurs fois depuis mon intervention. Ses souffrances n'ont plus reparu, ses règles, de durée normale, ne s'accompagnent plus d'aucun phénomène douloureux, elle a retrouvé son embonpoint, repris son activité et la tumeur semble stationnaire. Son volume ne s'est pas modifié depuis l'opération.

Obs. II. — *Fibrome utérin interstitiel. Utérus régulièrement développé dépassant un peu le niveau de l'ombilic. Métrorrhagies profuses. Ablation des ovaires et des trompes. Guérison.*

Femme de 40 ans, réglée à 13 ans, mariée à 17 ans. Elle a eu deux enfants. La dernière couche remonte à quinze ans. Depuis huit ans, les règles sont devenues beaucoup plus abondantes. A plusieurs reprises, les pertes sanguines se sont prolongées d'une manière inquiétante. Enfin, depuis cinq ans, la santé générale s'est profondément altérée, un amaigrissement notable s'est produit et l'abdomen

s'est progressivement développé. Cette malade m'est adressée en septembre 1886 par mon ami le Dr Celières. Je constate tous les signes d'un volumineux fibrome interstitiel. L'utérus régulièrement développé, assez mobile, remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Sa cavité mesure 10 centimètres. Le col sain et peu volumineux est très élevé. Les culs-de-sac sont libres. L'ovaire gauche se laisse percevoir par la palpation, mais l'ovaire droit reste inaccessible. L'état général est médiocre et la malade très affaiblie. Depuis deux mois environ, elle perd du sang sans répit et, profondément découragée par l'impuissance des nombreux traitements médicaux qu'elle a subis, elle réclame avec insistance une opération.

L'abondance des pertes sanguines, l'affaiblissement progressif et inquiétant de la malade, ne me laissant aucun doute sur la nécessité d'une intervention rapide, je fais la laparotomie le 17 septembre 1886 avec l'assistance de mes amis MM. Nélaton et Quénu. Après ouverture du ventre, je constate que je puis à volonté pratiquer sans difficulté, soit l'amputation supra-vaginale, soit la double castration ovarienne. J'opte pour cette dernière opération. Les deux ovaires et les deux trompes sont excisés suivant les règles habituelles, les pédicules liés à la soie phéniquée sont réduits, la toilette péritonéale faite à l'éponge et la plaie abdominale suturée au fil d'argent (neuf points profonds et quatre superficiels). Le tout est terminé en 40 minutes.

L'hémorrhagie utérine, encore assez abondante au moment de l'opération, s'arrête trois jours après. La miction se fait sans le secours de la sonde à partir du troisième jour et la première selle a lieu spontanément le quatrième jour. La température s'élève à 38° le soir du deuxième jour, à 38°,5 le soir du troisième et redevient normale le quatrième. Bref, pendant huit jours, aucun incident ne vient troubler la guérison, l'état général est bon et l'appétit particulièrement vif. Le neuvième jour, j'enlève les fils à dix heures du matin, la cicatrisation est parfaite. Vers deux heures de l'après-midi, l'opérée, très calme depuis le matin, est prise d'une violente quinte de toux pendant laquelle elle éprouve une douleur violente au niveau de la cicatrice, avec sensation de déchirure et tendance à la syncope. La surveillante, en soulevant la partie inférieure du pansement, constate que la plaie désunie laisse échapper les anses intestinales.

M. Clado, interne du service, est appelé en toute hâte, il défait le pansement, lave soigneusement les anses herniées, les réintègre dans l'abdomen et procède à la suture des lèvres de la déchirure, qui s'étend à presque toute la hauteur de la cicatrice abdominale. Dans la soirée, l'état général reste alarmant, la face est tirée et la dépression profonde. Le lendemain, la situation est la même. Cependant il n'y a pas de vomissement et le ventre, un peu météorisé, n'est pas douloureux à la pression. Le surlendemain, tout péril semble écarté, les forces reviennent peu à peu et dix jours après j'enlève les fils placés par M. Clado. La cicatrisation est parfaite. Néanmoins je soutiens la région à l'aide d'une suture sèche au collodion. Huit jours après, la malade se lève et peut être considérée comme guérie.

J'ai revu cette malade tout récemment. Depuis son opération, c'est-à-dire depuis près de deux ans, elle n'a pas perdu une goutte de sang, elle a repris sa bonne mine, son embonpoint et son activité, enfin son fibrome est atrophié. Le fond de l'utérus, qui remontait au-dessus de l'ombilic avant l'intervention, est maintenant à ras du pubis. Cette atrophie remarquable s'est produite dans les quatre mois qui ont suivi l'opération.

Obs. III. — *Fibrome interstitiel. Hémorrhagies profuses et très graves. Ablation des ovaires et des trompes. Guérison.*

Femme de 40 ans, réglée à 11 ans, mariée à 21 ans. Elle a eu trois grossesses, la dernière à l'âge de 27 ans. Ses règles sont devenues plus abondantes depuis cette troisième couche, mais c'est depuis onze ans environ que les métrorrhagies ont pris des proportions inquiétantes. D'abord intermittentes, les pertes sanguines sont devenues continuelles depuis six ans. C'est en mai 1886 et pendant une suppléance à l'hôpital Beaujon (service de M. Labbé) que je vois pour la première fois cette malade. Très amaigrie, elle est pour ainsi dire condamnée à l'immobilité dans le décubitus dorsal. Le moindre mouvement semble augmenter les pertes, et l'émission des caillots s'accompagne toujours de douleurs très vives dans les reins et le bas-ventre. La prostration est extrême et les téguments ont, on peut le dire, la pâleur de la cire. Le diagnostic est d'ailleurs fort simple. On constate en effet tous les signes d'un fibrome interstitiel de moyen volume. Le fond de l'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le col est élevé, entr'ouvert, curieusement décoloré et non ulcéré. La gravité particulière des symptômes ne laisse aucun doute sur la nécessité d'une intervention immédiate, l'abondance des pertes est en effet si grande que la mort à brève échéance semble inévitable. La mobilité parfaite de l'utérus et sa forme régulière démontrent qu'une amputation supra-vaginale serait des plus simples à pratiquer. Mais l'affaiblissement de la patiente est tel qu'une opération de cette importance ne serait probablement pas supportée. Je me décide donc pour la castration ovarienne.

Je pratique cette opération le 24 mai 1886, en présence de M. Labbé et avec l'assistance de mon collègue M. Quénu, de M. Braine, interne du service, et de M. Launois, chargé du chloroforme. L'opération se fait vite et très facilement. Incision de la paroi abdominale, de l'ombilic au pubis et sur la ligne médiane ; ablation des ovaires et des trompes, ligature des pédicules à la soie phéniquée, réduction des pédicules, toilette péritonéale rapide, suture de la plaie abdominale (sept fils d'argent profonds et quatre superficiels) et pansement. Le tout est terminé en trente minutes. Le 25 au soir, la température monte à 38°,5. Dans la nuit, il se produit une crise de dyspnée avec tendance syncopale, sueurs froides et météorisme excessif. Cette crise se termine par l'émission d'une grande quantité de gaz intestinaux, dont la surveillante facilite la sortie en introduisant une sonde œsophagienne dans le rectum. Le 26, la malade est calme et sans fièvre, elle urine seule.

Un purgatif léger provoque une selle facile. Jusqu'au 28, la température reste normale et aucun accident ne se produit. Le 28 au soir, nouvelle ascension de la température (38°), et dans la nuit nouvelle crise de dyspnée avec météorisme. Cette crise dure une heure et se juge cette fois encore par l'émission d'une grande quantité de gaz. Le 29, la température est normale et la guérison suit désormais son cours sans nouvel accident. Les fils sont enlevés le 2 juin avec le premier pansement. La malade se lève huit jours après.

J'ai revu cette opérée trois mois après l'intervention. Son fibrome avait alors notablement diminué, car le fond de l'utérus s'élevait à peine au-dessus du pubis. Quant aux pertes, elles n'avaient pas reparu. Pendant les six ou huit mois qui ont suivi, j'ai eu des nouvelles régulières et j'ai su que la cessation des pertes ne s'était pas une seule fois démentie. J'ai donc suivi cette malade pendant un an environ, et depuis je ne sais ce qu'elle est devenue. Son état général était si profondément altéré par les pertes antérieures et par l'usage immodéré des injections de morphine que j'ai toujours douté du rétablissement définitif de sa santé. Mais, quel qu'ait été son sort, le résultat de mon intervention n'a pas moins été remarquable. Cette malade allait mourir par hémorrhagie, la double castration ovarienne l'a sauvée en arrêtant définitivement les pertes et en provoquant l'atrophie rapide du fibrome.

Obs. IV. — *Petits fibromes interstitiels chez une femme antérieurement opérée pour un polype fibreux. Métorrrhagies légères. Crises dysménorrhéiques très douloureuses. Double castration ovarienne. Guérison, cessation des règles et des souffrances.*

Il s'agit d'une femme de 37 ans, réglée à 11 ans et multipare (2 grossesses), à laquelle j'ai enlevé, le 4 mai 1886, un volumineux polype fibreux de l'utérus. Les deux ou trois mois qui ont suivi, il n'y a eu ni pertes ni douleurs, puis, au bout de ce temps, les règles sont devenues très abondantes et horriblement douloureuses. Depuis lors, les crises dysménorrhéiques ont résisté à tous les efforts de la médication calmante, elles se sont notablement accrues en intensité et en durée et finalement j'ai conseillé l'ablation des ovaires. J'ai pratiqué cette opération, le 26 septembre 1887, à la Charité, avec l'assistance de mes collègues MM. Nélaton et Quénu. L'opération s'est effectuée rapidement, facilement et suivant le manuel opératoire habituel. J'ai enlevé les deux ovaires et les deux trompes. L'utérus, peu développé, paraissait contenir deux ou trois petits fibromes enchâssés comme des billes vers le fond de l'organe. Les suites opératoires ont été fort simples, la température n'a pas dépassé 37°,6, les fils ont été enlevés le huitième jour, la malade s'est levée le dix-huitième jour et elle a quitté l'hôpital le 27 octobre.

Ce succès opératoire est, on le voit, parfait. Quant au résultat thérapeutique définitif, je suis obligé d'en réserver l'appréciation, et voici pourquoi. Depuis l'opération, depuis huit mois par conséquent, la malade n'a plus eu ses règles, elle a repris son embonpoint et retrouvé son activité. Enfin, ses douleurs abdominales

n'ont plus reparu. Par contre, elle est, depuis fin janvier, tourmentée par des hématémèses assez abondantes, qui surviennent à intervalles variables sans périodicité jusqu'ici bien accusée. Cet accident est, je l'espère, sans gravité, mais il ne constitue pas moins une complication fâcheuse qui m'impose encore un certain nombre de réserves au point de vue de la valeur définitive des bienfaits conférés par mon intervention. Je continue, du reste, à suivre la malade, et je compte publier ultérieurement la suite de son observation.

Permettez-moi maintenant de relever dans ces quatre faits les quelques particularités concernant les indications de l'opération, son manuel opératoire et ses résultats immédiats ou tardifs.

L'âge de mes opérés était bien compris dans les délais classiques et l'époque probable de leur ménopause normale beaucoup trop éloignée pour qu'on ait pu songer à lui confier la guérison des symptomes graves qui réclamaient l'intervention. La première opérée avait 26 ans, la quatrième 37, la seconde et la troisième 40. Notez, en outre, qu'il n'existait chez aucune d'elles la moindre contre-indication locale ou générale à une intervention chirurgicale. Quant à la validité des indications auxquelles j'ai obéi, elle ne me semble pas discutable. La malade de l'observation I et celle de l'observation IV n'avaient pas de pertes abondantes, mais leur santé générale et leur activité étaient compromises au plus haut chef par les douleurs intolérables qu'elles éprouvaient au moment de leurs époques. Je me trouvais donc absolument dans les conditions requises. J'estime en effet que M. Magnin, dans la thèse qu'il a faite sous l'inspiration de notre collègue M. Terrier, a conclu d'une manière très légitime en disant que « l'opération est indiquée surtout dans les cas de douleurs ovariennes intenses, avec exacerbations menstruelles qui provoquent par leur présence l'apparition de troubles nerveux d'une intensité variable ». Chez la malade de l'observation II et chez celle de l'observation III, l'indication était plus formelle encore, et les plus difficiles lui eussent obéi. Il fallait, en effet, arrêter d'urgence des hémorrhagies profuses qui avaient déjà profondément altéré la santé générale de la malade de l'observation II et qui, dans un délai très bref, menaçaient de mort la malade de l'observation III. Les lenteurs d'un traitement médical quelconque par l'électricité ou toute autre méthode n'étaient donc point de mise et le bistouri pouvait seul remplir les indications.

Voici maintenant quels sont les motifs qui m'ont conduit, après ouverture du ventre, à adopter l'opération projetée, sans lui préférer une intervention plus radicale. J'insiste sur ces indications après examen direct, si je puis ainsi dire, parce que, à mon avis, et malgré les affirmations inverses d'Hégar, on est, avant l'ouver-

ture du ventre, dépourvu de tout renseignement positif sur la possibilité ou l'impossibilité d'enlever les ovaires. Chez la malade de l'observation I, le fibrome, couché dans la fosse iliaque droite, adhérait intimement aux anses intestinales et me dissimulait complètement l'ovaire droit. Sans doute, j'aurais pu détruire les adhérences et, par des manœuvres prolongées, réaliser soit la castration double, soit l'amputation supra-vaginale. Je n'ai cependant pas jugé que la gravité du cas particulier pût autoriser d'aussi périlleux délabrements. La malade était jeune, son activité sociale était à la vérité très compromise par ses troubles dysménorrhéiques, mais sa vie n'était pas directement menacée. Je me suis donc contenté de lui enlever les annexes gauches, trouvant plus sage d'assurer avant tout la guérison opératoire.

Chez la malade de l'observation II, comme chez celle de l'observation III, le fibrome était interstitiel et unique ; l'utérus, régulièrement développé, parfaitement mobile, remontait jusqu'à l'ombilic, et rien n'eût été plus aisé que de pratiquer l'amputation supravaginale avec fixation du pédicule dans la plaie. Mais, dans ces deux cas, l'ablation des annexes était d'une exécution si facile que la gravité résultant de cette intervention ne pouvait être un instant comparée avec les chances d'insuccès d'une amputation supravaginale. Le fait était particulièrement évident chez la malade de l'observation III. Son état d'anémie était si accusé et son affaiblissement tel, qu'il fallait à tout prix rendre l'acte opératoire aussi bref et aussi peu offensif que possible. Enfin, chez la malade de l'observation IV, il s'agissait, comme je vous l'ai dit, de petits fibromes interstitiels dont l'ablation eût été sûrement très périlleuse, et la castration était bien certainement l'opération de choix.

Au point de vue du manuel opératoire, je n'ai rien de bien spécial à vous signaler. J'ai fait, dans les quatre cas, une incision médiane allant de l'ombilic au pubis, j'ai enlevé les ovaires et leurs trompes, aucun d'eux ne présentaient d'altérations pathologiques appréciables, j'ai traité les pédicules par la ligature en chaîne à deux anneaux faite avec de la soie phéniquée, j'ai évité d'amener les fibromes au dehors pour faciliter la recherche des ovaires, j'ai pu me contenter d'une toilette péritonéale rapide, enfin, pour unir les lèvres de la plaie abdominale, j'ai eu recours, suivant mon habitude, à la simple suture à points séparés faits au fil d'argent et comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale.

Les suites opératoires ont été des plus simples pour la malade de l'observation I et pour celle de l'observation IV. La température du soir s'est élevée jusqu'à 37°,8 pendant les trois premiers jours, puis elle est retombée à 37° dès le quatrième. J'ai enlevé

les fils le huitième jour et les opérées se sont levées au bout de trois semaines. La malade de l'observation III a guéri, elle aussi, sans accident sérieux. Toutefois, j'appelle votre attention sur les véritables crises de météorisme qui l'ont par deux fois troublée. Je pense en effet que le fibrome laissé en place n'était pas étranger à leur production. Quant à la malade de l'observation II, tout paraissait marcher à souhait, lorsqu'elle a failli succomber à la désunion de sa cicatrice. La déchirure s'est produite quelques heures après l'ablation des fils et sous l'influence d un accès de toux. Cet accident, dont M. Clado a pu conjurer les funestes conséquences en pratiquant sans retard la réduction de l'intestin et la suture de la plaie, me paraît digne d'attention. Toutes les fois qu'à la suite d'une laparotomie la cavité péritonéale reste habitée par une tumeur plus ou moins volumineuse, on doit, plus qu'en aucune autre circonstance, songer à l'éventualité d'une désunion mécanique et se comporter en conséquence. Dans le fait que je vous ai communiqué, j'aurais certainement évité l'accident en question, soit en retardant l'ablation de tous les fils, soit en soutenant la cicatrice par une suture sèche laissée quelques jours en place.

J'en arrive aux résultats définitifs. La malade de l'observation IV n'a plus ses règles et ne souffre plus. Mais, comme son opération date de huit mois seulement et comme une série d'hématémèses se sont produites récemment, j'enregistre ce succès opératoire, mais je dois attendre pour apprécier le résultat thérapeutique. Je ne m'arrêterai pas beaucoup plus sur les résultats de l'observation I. Depuis l'opération, c'est-à-dire depuis près de deux ans, les règles sont devenues normales, les souffrances n'ont plus reparu. La santé générale s'est relevée et le fibrome, dont l'accroissement progressif était indéniable avant l'intervention, semble maintenant stationnaire. La réalité des bienfaits de la castration n'est donc point discutable. Mais comment une castration unilatérale a-t-elle pu conduire à de pareils résultats ? Je ne puis évidemment l'expliquer. Toutefois, je vous rappellerai que les douleurs dont se plaignait autrefois la patiente avaient leur point de départ au niveau de l'ovaire que j'ai enlevé, et si l'arrêt de développement du fibrome reste sans interprétation bien plausible, la disparition des troubles dysménorrhéiques devient en revanche des plus rationnelles.

Quant aux résultats obtenus pour les deux autres opérées, ils sont nets et remarquables. Chez l'une comme chez l'autre, j'ai obtenu l'arrêt complet et définitif de tout écoulement sanguin. De plus, trois ou quatre mois ont suffi pour que j'aie vu leurs fibromes s'atrophier au point d'abaisser leurs limites supérieures du niveau

de l'ombilic jusqu'au ras du pubis. Chez ces deux femmes, l'influence hémostatique et atrophiante de la ménopause par castration s'est en définitive affirmée de la manière la plus évidente.

Pour mon compte, les faits que je viens de vous soumettre m'ont convaincu de la valeur très réelle de la castration ovarienne dans le traitement des fibromes utérins, et le seul point qui reste encore fort délicat à déterminer dans l'étude de cette question, c'est la connaissance précise des indications vraies de l'opération. Il se dégage, à la vérité, des faits actuellement connus, quelques préceptes généraux susceptibles de guider nos déterminations en présence de tel ou tel cas particulier. Il est par exemple généralement admis que la castration ovarienne convient surtout aux fibromes de dimension moyenne ou petite qui réclament l'intervention non point en raison des dangers qui résultent de leur volume, mais à cause des troubles fonctionnels ou douloureux qu'ils engendrent, et particulièrement des hémorrhagies graves qu'ils provoquent. Ce premier groupement des cas de fibromes justiciables de la castration donne même le résumé des indications principales de l'opération. Mais il est bien clair qu'il est insuffisant pour élucider tous les détails de leur histoire. Le problème est en effet des plus complexes, ses données varient pour ainsi dire avec chaque cas particulier, et je ne crois pas que l'heure soit encore venue de porter des jugements trop absolus sur les inconnues qu'il soulève. Toutefois, parmi les considérations variées dont il faut tenir compte pour apprécier l'opportunité d'une castration chez une femme atteinte de fibromes, il en est une dont l'importance me semble sérieuse et sur laquelle je crois utile d'insister, je veux parler des difficultés possibles de l'opération et du rôle qu'elles méritent dans la discussion des indications ou des contre-indications de la castration ovarienne.

Nombre de chirurgiens ont, vous le savez, signalé ces difficultés opératoires parfois très réelles et susceptibles d'assombrir singulièrement le pronostic de la castration ou même d'empêcher son exécution. Je les ai rencontrées moi-même, j'ai vu quelques-uns de mes collègues aux prises avec elles, et c'est à bon droit, me semble-t-il, qu'une castration trop laborieuse est considérée comme une intervention plus grave que l'amputation supra-vaginale, par exemple, lorsqu'elle est régulièrement conduite. Aussi bien, cette première impression m'est-elle restée, que, pour être opération de choix, la castration doit-être avant tout d'une exécution relativement simple. Ceci admis, il serait, on le conçoit, fort précieux de reconnaître d'avance quelles seront les difficultés d'une castration dans tel ou tel cas particulier. Malheureusement, ce diagnostic est impossible avant l'ouverture du ventre. Hegar

défend à la vérité cette opinion qu'il ne faut jamais entreprendre une castration sans avoir au préalable reconnu les ovaires par le toucher vaginal ou la palpation abdominale; mais il est trop clair qu'en acceptant cette assertion on priverait, comme le dit Olshausen, nombre de femmes d'une opération dont elles sont néanmoins justiciables.

La conclusion naturelle de ces quelques réflexions (plusieurs auteurs et Tissier en particulier l'ont nettement spécifié), c'est qu'une castration ovarienne ne doit-être tout d'abord qu'une laparotomie exploratrice, puis, suivant l'état des lieux, si je puis ainsi dire, il faut opter soit pour la castration, soit pour une intervention plus radicale, en prenant pour guide de ses déterminations la gravité comparée des opérations dont on peut disposer, et c'est alors qu'il est toujours nécessaire, suivant moi, d'accorder une valeur significative à la gravité particulière des castrations trop laborieuses. En présence d'un cas donné de fibrome utérin exigeant une intervention transpéritonéale, toute castration projetée ne sera donc faite que lorsque son exécution paraîtra simple. Par contre, en présence de difficultés opératoires réelles, le chirurgien ne s'attardera pas à des recherches inutiles ou dangereuses et, difficulté pour difficulté, il donnera la préférence à l'ablation directe des fibromes. Tels sont les préceptes généraux que je désirais vous soumettre, sans qu'il me soit d'ailleurs possible de les formuler d'une manière plus précise. Mais comment spécifier davantage ? Les variétés que présentent les fibromes dans leur forme, leur nombre ou leurs connexions sont en effet si nombreuses que la détermination à prendre en présence de tel ou tel cas particulier reste forcément une question d'expérience et de tendance personnelles.

Deux exemples suffiront pour légitimer ma réserve : lorsque les dispositions de la tumeur permettent aisément l'amputation supra-vaginale, les chirurgiens, tels que Schrœder et Olshausen, n'hésitent pas à la préférer à la castration, quelque simple qu'elle puisse être. D'autres pensent différemment, et je suis du nombre; car, en dépit des perfectionnements techniques de l'amputation supra-vaginale, je persiste à croire que cette intervention, toutes choses égales d'ailleurs, reste plus dangereuse que la castration. En tout cas, chez les malades affaiblies ou épuisées comme celles dont je vous ai cité les observations (obs. II et III), je ne crois pas qu'il y ait d'hésitation possible, il faut choisir l'opération la plus rapide, la plus simple et la moins offensive; il faut, en un mot, enlever les annexes et réserver l'amputation; supra-vaginale aux cas dans lesquels cette ablation des annexes se montre assez difficile pour perdre ses qualités d'opération de choix. Au contraire

des faits précédents, lorsque les fibromes ont des connexions telles que leur ablation entraîne des dangers indiscutables, la question est simplifiée, et ceux-là mêmes qui sont enclins à restreindre le plus possible les indications de la castration ovarienne sont obligés de reconnaître qu'elle devient alors la véritable opération d'élection. Par malheur, c'est justement lorsque les fibromes sont enclavés dans l'épaisseur des ligaments larges ou bien encore lorsqu'ils sont immobilisés par des adhérences péritonéales plus ou moins étendues que la castration présente elle-même les difficultés les plus grandes. Sans doute, l'habitude et l'adresse permettent souvent de vaincre ces difficultés et de terminer l'opération. Mais il n'est pas moins vrai que, dans certains cas, les dangers à courir sont indiscutables. Que faire dans les circonstances de ce genre?

Parfois, refermer le ventre est à coup sûr la mesure la plus sage. Il est en effet des femmes assez malades pour qu'on leur impose une laparotomie, mais dont la vie n'est pas assez directement menacée pour qu'on ait le droit de les exposer à des manœuvres intra-péritonéales trop périlleuses, et c'est pourquoi le mieux est de se borner à la laparotomie exploratrice. Mais, l'occasion est ici particulièrement favorable pour le rappeler, on n'oubliera pas que des manœuvres inachevées compromettent la bénignité habituelle de toute laparotomie exploratrice bien conduite. Le ventre une fois ouvert, il faut donc se garder des explorations manuelles trop offensives, prendre vite son parti, ne commencer la castration ou toute autre intervention qu'avec la certitude de terminer son opération et, dans le cas contraire, refermer le ventre. En d'autres circonstances, la situation est différente. La castration s'annonce comme très laborieuse, l'ablation des fibromes est elle-même difficile, et cependant la gravité du cas exige une solution radicale. C'est alors qu'il faut, à mon sens, tenir grand compte des réflexions que je vous ai soumises, ne pas s'attarder à des tentatives de castration inutiles ou dangereuses et donner sans hésitation la préférence à l'ablation directe des fibromes.

Je ne puis insister davantage, et l'étude plus détaillée de cette importante question dépasserait de beaucoup les limites de ma communication. Les quelques développements dans lesquels je suis entré sont à la vérité incomplets, mais ils résument, je crois, les faits généraux les plus importants à connaître au point de vue des indications de la castration ovarienne dans le traitement des fibromes utérins, et c'était là mon but principal. Tout en m'inscrivant au nombre des partisans convaincus de cette méthode de traitement, je me suis en définitive efforcé de bien montrer qu'elle n'avait toute la valeur d'une *méthode de choix* que dans certains cas particuliers et, bien que la détermination de ses indications,

très imparfaite encore, doive rester l'objectif essentiel de nos recherches ultérieures, il me semble néanmoins que plusieurs côtés de la question sont dès maintenant élucidés. — Quant à la valeur curative de l'opération, elle n'est plus à démontrer, et les grands services qu'elle est appelée à rendre dans le traitement des fibromes ne sont plus un instant contestables. J'entends parler bien entendu des fibromes dont le volume, le siège, les connexions ou les symptômes légitiment ce mode de traitement, et c'est à dessein que j'ai laissé de côté soit les gros fibromes pour lesquels l'ablation transpéritonéale est la seule intervention acceptable, soit encore les fibromes dont il est possible ou nécessaire de pratiquer l'extirpation par la voie vaginale.

Discussion.

M. Terrier. J'ai demandé la parole pour appuyer ce que vient de dire M. Segond. Comme lui, j'ai été conduit à pratiquer la castration dans certains cas de fibromes utérins, soit pour parer à des hémorrhagies extrêmes, soit pour mettre un terme à de vives douleurs de dysménorrhée.

Tout récemment, j'ai eu à prendre parti dans une circonstance particulièrement difficile. Il s'agissait d'une femme portant un fibrome volumineux donnant lieu à des hémorrhagies épouvantables. Le ventre ouvert, que fallait-il faire à cette malade qui était exsangue? Je pouvais également bien enlever la tumeur, ou me contenter de l'ablation des annexes. Mon collègue, M. L.-Championnière, qui m'assistait, opinait pour l'intervention totale ; pour moi, je croyais que la castration pourrait suffire. Et, de fait, les ovaires et les trompes furent seuls enlevés. Bien nous en prit. Les règles ne sont pas revenues, et les hémorrhagies ont cessé.

Au sujet des accidents opératoires dont M. Segond nous a parlé, je puis dire que j'ai observé un fait exactement semblable à celui qui est survenu chez une de ses opérées. Il s'agissait d'un fibrome volumineux, enclavé, dont l'ablation eût été certainement difficile. Je me contentai d'enlever les deux ovaires, ce qui se fit aisément. Suture à l'ordinaire. J'eus la mauvaise idée d'enlever mes fils le huitième jour, comme chez mes opérées d'ovariotomie. Dans la nuit qui suivit, au moment d'un accès de toux, la malade sentit quelque chose qui se déchirait. Elle ne se plaignit pas et resta ainsi douze heures sous son pansement, qui était à l'iodoforme. Le lendemain matin, je la visitai et trouvai le ventre ouvert et les intestins à nu ; aucune réaction, ni locale, ni générale ; la température était normale. Je refis quelques points de suture, et la malade guérit sans autre incident. Instruit par l'expérience, je

suis, depuis lors, plus prudent. Je ne me contente pas de faire des sutures profondes, j'y ajoute toujours des points superficiels. Les premières enlevées, je laisse les seconds en place jusqu'à consolidation parfaite de la plaie.

Pour ce qui est du manuel opératoire, il est, en effet, un point très important que l'on ne saurait trop mettre en relief : c'est la difficulté que l'on peut éprouver non seulement à trouver, mais à enlever les ovaires. Je me souviens que, chez une dame qui me fut adressée de Marseille, j'eus toutes les peines du monde à découvrir les annexes de l'utérus malade. Je dus même renoncer à les enlever et dus me contenter de faire — faute de mieux — aux environs des ovaires des ligatures perdues au catgut, ligatures atrophiantes qui, dans ma pensée, auraient pu avoir le même effet qu'une ablation complète. Je ne pus malheureusement savoir si l'idée était juste, la malade ayant succombé à l'opération.

Dans d'autres circonstances, alors même qu'on a les ovaires sous la main, on peut avoir de la peine à les pédiculiser, où du moins à les saisir de façon à être certain de les avoir bien enlevés tout entiers. On sait que, dans certaines ovariotomies, après avoir fait un pédicule, on reconnaît, en l'examinant, que la prise n'a pas été complète; il faut en refaire un second au delà. Il en est de même dans la castration, et, si l'on n'y prend garde, il peut se faire que l'ablation soit imparfaite. La chose n'est pas sans importance, car il résulte d'expériences et de recherches cliniques qu'il suffit d'un très faible fragment d'ovaire oublié pour que les règles persistent et, par conséquent, que les hémorrhagies ne soient pas supprimées.

Je ne m'arrêterai pas à discuter les indications de la castration. La question est difficile à résoudre, ou plutôt il faut reconnaître que l'on se trouve en présence de cas très divers et qu'il est presque impossible de poser des règles générales de conduite. Dans certains, c'est par la voie vaginale que l'on pourra et que l'on devra agir; on sera même parfois conduit à extraire par le vagin l'utérus tout entier et les fibromes qu'il contient. Dans d'autres, c'est à la laparotomie abdominale que l'on s'adressera de préférence. Et alors, se contentera-t-on de l'ablation des ovaires, ou devra-t-on enlever aussi les fibromes? Il sera très souvent impossible de prendre décision, à cet égard, avant l'opération. C'est au cours même de l'intervention que l'on prendra parti. On tiendra compte des facilités plus ou moins grandes que l'on pourra rencontrer pour mener l'opération dans un sens ou dans l'autre, de l'état de la malade, des dangers qu'on va lui faire courir. On ne saurait oublier, en effet, pour ce qui est de ce dernier point, que, si la gravité de l'hystérectomie abdominale va diminuant de jour en

jour, elle n'en reste pas moins une opération infiniment plus sérieuse que l'ovariotomie.

M. Bouilly. Je suis heureux que la communication de M. Segond me donne l'occasion de vous communiquer les résultats de ma pratique sur la question qu'il est venu soulever devant vous.

J'ai eu huit fois occasion de faire la castration pour *accidents causés par fibromes utérins;* c'est dans ces termes, je le crois du moins, que le sujet doit être envisagé. Quatre fois, c'était chez des femmes que des hémorrhagies incoercibles mettaient en danger de mort imminente ; le succès fut absolu et complet. Deux fois, la castration fut faite de parti pris, pour arrêter dans leur développement des fibromes très douloureux ; les résultats obtenus furent remarquables ; les tumeurs examinées de quinzaine en quinzaine fondaient, pour ainsi dire, sous nos yeux. Ce matin encore, je revoyais à l'hôpital une de ces malades ; son utérus est, pour ainsi dire, revenu à la normale. Deux fois, enfin, l'opération, entreprise pour mettre un terme à des douleurs insupportables, me fit découvrir à la fois des salpingites et des fibromes ; ces cas ne sont pas simples et peuvent être laissés de côté.

Je donnerai, du reste, dans la prochaine séance, une note plus détaillée sur ces observations et sur les conclusions que l'on en peut tirer. Pour l'instant, je me contente de dire, au point de vue des indications de la castration dans les fibromes, que l'opération peut être faite soit pour parer aux hémorrhagies, soit pour s'opposer au développement rapide de la tumeur. Pour ce qui est de l'intervention dans les fibromes volumineux, il est certain que la castration, en pareil cas, peut, d'une part, être très difficile, et que, de l'autre, elle donne peu de résultats.

M. L.-Championnière. Je partage l'avis de nos collègues sur l'opportunité de la castration dans les tumeurs fibreuses, sans cependant admettre que l'on puisse, à cet égard, poser des indications absolues ; les cas que l'on rencontre dans la pratique sont, pour cela, trop variables. Nous lisons de temps en temps, dans les journaux médicaux, des articles sur les *avantages de la castration,* d'autres sur les *abus de la castration.* Ce sont procès de tendance qui ne conduisent à rien qui vaille. Nous avons entre les mains, de par la castration, un moyen d'action excellent ; sachons en user comme il faut, au mieux de nos malades. Toute la question est là. Il est vrai qu'elle n'est pas toujours facile à résoudre.

Aux raisons qui peuvent militer en faveur de la castration, et dont il a déjà été fait mention, j'en ajouterai une, celle qui résulte de la situation sociale des malades. Tous nous connaissons, dans la clientèle civile, des femmes qui vivent tant bien que mal avec

leurs tumeurs fibreuses ; des soins divers, des ménagements extrêmes, une saison aux eaux en temps utile, etc., leur permettent de prendre leur mal en patience. A l'hôpital, c'est autre chose ; il est de ces femmes qui, soit à cause des hémorrhagies, soit à cause des douleurs, sont, par moments, absolument incapables de tout travail; ce sont chômages d'un mois, de deux mois et plus que, dans leurs conditions, elles ne peuvent encourir. Chez elles, par ce seul fait, la castration peut être indiquée.

Je me garderai, du reste, de traiter la question dans son ensemble, cela me mènerait trop loin ; je me contenterai d'envisager successivement les divers points touchés par M. Segond.

Il nous a parlé de la réouverture possible de la plaie après l'ablation des sutures. Comme M. Terrier, je crois que le meilleur moyen d'éviter cet accident est de joindre des sutures superficielles aux sutures profondes, dont on se contente d'habitude. J'y ai, pour ma part, toujours recours. Je fais les unes et les autres avec le crin de Florence. Cela vaut certes mieux que la suture sèche au collodion, qui, à mon avis, ne sert qu'à empoisonner les points de suture qui restent. J'ajoute que, depuis six mois, j'ai pris le parti de faire la suture séparée du péritoine au catgut perdu; il m'a paru qu'ainsi la cicatrice avait plus d'épaisseur et de solidité.

Le cas de castration unilatérale que M. Segond nous a rapporté et l'excellent résultat obtenu méritent d'être relevés. On l'a fort bien dit, un des gros obstacles que l'on peut rencontrer au cours d'une castration vient de la difficulté que l'on peut éprouver à trouver les ovaires. On peut être par là conduit à pratiquer la castration d'un seul côté. Cela m'est arrivé à moi-même dans un cas trop récent pour que je puisse savoir si le bénéfice donné par l'opération sera complet; tout ce que je puis dire, c'est qu'il est déjà considérable.

Quel est l'effet de la castration dans le cas de fibromes très volumineux ? Y a-t-il réellement diminution de la tumeur? Il faudrait, pour répondre à cette question, un grand nombre d'observations et des observations déjà anciennes. Quel parti prendre, au reste, lorsque, le ventre ouvert, on se trouve en présence d'une de ces grosses tumeurs? Assurément, on est bien souvent tenté de l'enlever. Il m'est arrivé de céder à la tentation, avec succès dans certains cas, avec résultats malheureux dans d'autres. M. Segond nous dit : vous n'aborderez pas certaines opérations dont vous prévoyez la gravité. Je ne pense pas sur ce point comme lui. Il est toujours permis de faire une incision exploratrice ; l'examen fait, il sera temps de reculer. La laparotomie n'est pas, par elle-même, une opération assez importante ni assez grave pour qu'on ne puisse

tenter l'aventure. J'ajoute qu'avec beaucoup de soin et une certaine habileté on arrive parfois à enlever des ovaires qui, tout d'abord, semblaient absolument inenlevables. On sera donc toujours autorisé à faire une tentative, quitte à y renoncer si l'on rencontre des adhérences invincibles, et particulièrement les adhérences de l'ovaire à l'intestin, qui sont la grosse difficulté de cette opération.

Je suis d'autant plus porté à conseiller et à pratiquer la castration que je considère l'ablation des tumeurs fibreuses comme une opération très dangereuse. Cette opinion résulte de mon expérience personnelle et de mes lectures. Je vois en effet que, dans les statistiques publiées, les auteurs ont soin, pour ne pas trop assombrir le tableau, de mélanger les cas d'extirpation totale et ceux d'extirpation partielle. Les résultats fournis par les premières, considérées isolément, seraient trop mauvais.

Je penche aussi vers la castration parce que des ovaires même malades peuvent, semble-t-il, avoir encore une influence fâcheuse, c'est ce qui ressort, du moins pour moi, d'un fait dans lequel les ovaires enlevés étaient profondément dégénérés; ils avaient subi une sorte de transformation gélatineuse. Dans ce cas, cependant, je pus observer à la suite de la castration une notable diminution des fibromes, et cela dans le court espace de temps pendant lequel la malade séjourna à l'hôpital jusqu'à complète guérison. A plus forte raison, l'ablation d'ovaires bien vivants peut-elle avoir un effet utile.

Pour moi donc, les indications de la castration ne peuvent que s'étendre. L'opération est moins grave que l'hystérectomie et donne des résultats qui, dans leur ensemble, sont plus satisfaisants.

Présentation de pièce.

Ovariotomie pour une ovarite,

Par M. Quénu.

Je présente à la Société un ovaire malade dont j'ai fait l'ablation dans le service de M. Terrier, à l'hôpital Bichat. Cet ovaire occupait un siège anormal dans la fosse iliaque droite, à très peu de distance de la crête, à laquelle il semblait rattaché par une sorte de pédicule. Aussi le diagnostic avait-il été incertain, et M. Terrier et moi hésitions entre un ovaire ectopié et un ganglion iliaque dégénéré; d'autres diagnostics, tels que celui de fibrome de la paroi

postérieure de l'abdomen, etc., avaient été portés. Voici en résumé l'observation de la malade.

Mme S... (Henriette), âgée de 23 ans, était bien portante jusqu'à son premier accouchement, qui eut lieu il y a quinze mois. Elle se leva le neuvième jour et sortit de l'Hôtel-Dieu, où elle avait fait ses couches, mais chez elle elle fut prise de pertes sanguines qui durèrent plus de trois mois; en même temps elle accusait de vives douleurs dans la fosse iliaque droite. Au bout de ce temps, les pertes cessèrent et les règles vinrent régulièrement; néanmoins la malade garda une douleur dans la fosse iliaque droite et s'aperçut de l'existence dans cette région de la petite grosseur pour laquelle elle est venue nous consulter au commencement de mai. Cette tumeur, du volume d'un gros œuf de pigeon environ, est ovoïde à grand axe parallèle à l'arcade de Fallope; elle est légèrement bosselée et dure, elle siège à 9 centimètres en dehors de la ligne blanche, sur une ligne horizontale passant à 2 travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. Son extrémité externe n'est guère éloignée de plus de 3 centimètres de la crête iliaque, à laquelle elle semble attachée par une corde fibreuse. On peut lui imprimer de légers mouvements de latéralité, mais il n'y a aucune mobilité de haut en bas. Le toucher vaginal est absolument négatif, on ne sent rien dans les culs-de-sac, aucune corde ne relie la petite tumeur iliaque à l'utérus.

Le 11 mai, j'opérai la malade avec l'assistance de M. Terrier, je fis une incision courbe comme pour la ligature de l'iliaque externe, je décollai le péritoine, mais je m'aperçus bientôt que la tumeur n'était pas pariétale; je détachai l'ovaire qui était adhérent et la trompe dont le corps replié en avant à convexité externe formait la corde reconnue par l'examen clinique. Ligatures du pédicule au moyen de 3 fils de soie en chaîne, sutures au fil d'argent. Durée totale : 30 minutes. La malade guérit en huit jours sans incident aucun.

L'ovaire examiné offre une surface bosselée, hérissée de petites saillies bleuâtres, qui sont des follicules de de Graaf kystiques et remplis de sang; la trompe est rouge, enflammée. Sur une coupe de l'ovaire, on observe, enchatonnée dans le parenchyme, une masse arrondie du volume d'une noix; la surface jaunâtre de cette masse est comme formée de trabécules anastomosées et rappellerait un corps jaune très hypertrophié; au milieu, il y a une petite portion ramollie renfermant un liquide purulent. En pressant sur l'ovaire, on fait sourdre sur la coupe de la petite masse jaune quelques gouttes d'un liquide puriforme. A la périphérie de l'ovaire, traces d'un corps jaune récent.

L'examen histologique de la petite masse jaune fait par M. Poupinel a montré des amas de cellules embryonnaires entourés de faisceaux fibreux, sans qu'il existe de disposition rappelant le follicule tuberculeux. M. Peraire n'a trouvé aucun bacille dans le liquide purulent. Il s'agit vraisemblablement d'une ovarite non tuberculeuse, dont le pus a été enkysté.

Cette pièce, intéressante en elle-même, l'est aussi au point de vue clinique, car les cas d'inflammations d'ovaires retenus dans la fosse iliaque semblent très rares, bien que signalés depuis longtemps. M. Montprofit, qui vient de faire sa thèse sur les salpingites et les ovarites, n'en a pas rencontré d'exemple observé cliniquement par un chirurgien.

Lectures et Présentations.

M. Auffray lit deux observations : 1° *Anévrysme faux consécutif de l'artère circonflexe humérale postérieure;* 2° *Luxation divergente du coude, radius en avant, cubitus en arrière.* (M. Nélaton, rapporteur.)

M. Nimier présente un malade atteint de *Luxation tarso-métatarsienne*, qui a nécessité l'ablation du premier cunéiforme. (M. Chauvel, rapporteur.)

M. Tuffier lit une observation de *Gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage.* (M. Terrillon, rapporteur.)

M. Routier présente une pièce de *Perforation spontanée du rectum à la suite de taille hypogastrique.* (M. Reynier, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,
Ch. Monod.

Séance du 23 mai 1888.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° M. Marchand demande un congé pendant la durée du concours de la Maternité ;

3° MM. les Drs Jalaguier et Picqué se portent candidats à la place vacante de membre titulaire ;

4° *Œdème aigu primitif du larynx*, par le Dr A. Yvert, médecin-major (M. Chauvel, rapporteur) ;

5° *Note sur les corps étrangers articulaires traumatiques et leur traitement*, par M. le Dr Claudot, médecin principal (M. Kirmisson, rapporteur) ;

6° *Orteil en marteau, résection cunéiforme*, par le Dr Charlon (M. Terrier, rapporteur) ;

7° *Mémoires de chirurgie* (tome V) : *Commotion, contusion, tétanos, syphilis et traumatisme*, par M. le professeur Verneuil.

Suite de la discussion sur le traitement des fibromes utérins par la castration ovarienne.

M. Terrillon. La discussion provoquée par la communication de M. Segond me semble d'autant plus opportune que cette question, depuis longtemps étudiée en France, n'a cependant soulevé encore aucun débat important.

Je prends d'autant plus volontiers la parole que j'ai déjà, devant la Société de gynécologie (séance de février 1888), signalé six cas personnels d'ablation des ovaires pour fibromes hémorrhagiques, dans lesquels j'ai obtenu cinq succès remarquables, les pertes sanguines graves et menaçant la vie ayant disparu après la double castration. J'ai rappelé que, sur ma sixième malade, opérée pour des pertes sérieuses, mais aussi dans l'espoir de parer aux accidents d'obstruction produits par la tumeur, les pertes s'étaient arrêtées après l'opération ; les phénomènes d'obstruction ont malheureusement persisté, et la mort est survenue soixante jours après l'opération, mais indépendamment de celle-ci. J'aurais donc le droit de compter ce cas comme un succès contre les hémorrhagies utérines rebelles.

J'ai parlé de ces faits au Congrès de chirurgie de 1888, en les comparant aux autres cas de fibromes, au nombre de 75, que j'avais observés, et pour lesquels j'avais institué des traitements variés.

Depuis cette époque, j'ai fait deux castrations doubles pour hémorrhagies utérines dues à des fibromes. Une de mes malades

est guérie depuis deux mois. L'autre a été opérée il y a six jours, et va bien. Je parlerai de cette observation spéciale à la fin de ma communication.

Après avoir ainsi rappelé les huit cas qui me sont personnels, je désire vous faire part de quelques remarques sur un point qui n'a pas été touché par mes devanciers; je veux parler de certains caractères propres à donner des indications de la double castration. Ces notions sont tirées de l'exploration de la cavité utérine, et surtout de son étendue exagérée dans les cas de fibromes hémorrhagiques.

Sur toutes les malades atteintes de fibromes que j'ai examinées, j'ai noté avec le plus grand soin la profondeur de la cavité utérine. Je parle de la profondeur, car si on a facilement notion de l'augmentation d'étendue de cette cavité dans le sens vertical, il est difficile ou même impossible de savoir combien elle est augmentée dans le sens transversal. Aucun instrument ne peut nous donner des renseignements sur ce point.

Or, dans tous les fibromes hémorrhagiques, la cavité est augmentée. J'ai toujours trouvé 9, 10, 12, 14 et 16 centimètres en moyenne, et cela est noté dans les observations de mes malades guéries par la castration. Quelquefois, j'ai constaté des cavités énormes de 18, 20 et 25 centimètres. Les hémorrhagies paraissent dues, d'après moi, à l'augmentation d'étendue considérable de la cavité et de sa muqueuse, qui présente ainsi une plus grande surface à la congestion et aux causes d'hémorrhagies.

Il m'a semblé que la castration agit d'autant mieux sur les hémorrhagies que la cavité est augmentée de volume dans des proportions moyennes, et qu'elle a de 9 à 12 centimètres, comme dans mes observations. Ici, les hémorrhagies sont surtout intermittentes et coïncident avec les règles en revenant à intervalles irréguliers.

Dans les cas où la cavité est plus grande et même énorme, l'écoulement du sang est plus continu, ce liquide est mélangé avec une quantité variable de liquide séro-purulent, qui indique une hypersécrétion des glandes de la muqueuse. Ici, la castration ne donne pas ou ne doit pas donner, en général, de bons résultats; elle est contre-indiquée. Il est vrai que, dans ces cas de cavité très augmentée, le fibrome est souvent très gros, ce qui constitue aussi une contre-indication à la castration, à cause de la difficulté qu'on éprouve à enlever les ovaires et les trompes. Ces faits ne sont justiciables que de l'ablation de l'utérus, quand il y a danger pour la vie de la malade.

Ces notions, qui ont une grande importance, selon moi, et sur lesquelles j'ai déjà des matériaux importants, que je compte com-

pléter encore, sont fournies par le cathétérisme utérin pratiqué avec soin.

Or, pour faire cette exploration d'une façon parfaite et rigoureuse, je prétends que les instruments rigides, tels que l'hystéromètre classique, sont absolument illusoires. La courbe exagérée de la cavité si fréquente, ses irrégularités empêchent la pénétration complète de l'instrument, la rendent dangereuse et ne donnent que des notions trompeuses. On peut, il est vrai, y suppléer au moyen d'une bougie en gomme de petit calibre (bougie uréthrale); mais celle-ci se replie dans l'utérus au moindre obstacle et ne fournit aucun renseignement précis. Il peut être bon tout au plus pour des cavités grandes et larges, permettant l'introduction d'une bougie assez volumineuse. Enfin cet instrument ne donne aucune notion sur la direction et le degré de courbure de la cavité et, par conséquent, sur la direction de la cavité utérine par rapport au fibrome, notion cependant si importante dans les cas de diagnostics difficiles et délicats.

Aussi je me sers depuis longtemps d'un instrument spécial que j'ai fait construire par Mathieu en 1881. Il a été présenté par M. le professeur Tarnier devant l'Académie de médecine, et par moi devant la Société de chirurgie. Cet *hystéro-curvimètre* fournit facilement la notion de la hauteur de la cavité utérine, et aussi de sa direction et de sa courbure. Il est constitué par un ressort garni intérieurement d'une sonde de caoutchouc et monté sur un manche. En suivant l'incurvation de la cavité utérine, ce ressort reproduit sur un cadran placé au niveau du manche de l'instrument, au moyen d'une aiguille, un certain angle de déviation. Cet angle est noté avec soin pendant l'introduction. Après sa sortie de l'utérus, la reproduction de cet angle sur le cadran, en donnant à la tige une certaine courbure, reproduit celle que donnait l'utérus. Un curseur métallique sert à indiquer la longueur de la cavité utérine et à limiter le mouvement du ressort, en le laissant au point où il s'arrêtait quand l'instrument était introduit. La tige de cet appareil est tenue facilement aseptique en la trempant dans l'éther iodoformé, qui laisse déposer à sa surface de la poudre d'iodoforme.

Cette notion de la longueur, de la direction et de la courbure de la cavité utérine m'a toujours donné des renseignements précieux pour le diagnostic de certaines affections utérines, et surtout des rétro- et antéversions, dont il fournit la courbure avec précision.

Il m'a servi aussi, dans certains cas, à me procurer des notions sur l'indication opératoire qui ont été très précieuses, et sur lesquelles je demande à insister en vous en rappelant deux exemples.

Observation I. — Dans un premier cas, il s'agit d'une femme de 35 ans

qui entra, il y a trois semaines, dans mon service. Elle se plaignait de pertes sanguines peu abondantes, mais continues, et surtout de la présence d'une grosseur dans le ventre qui la gênait, la faisait souffrir beaucoup depuis quelque temps. En même temps, sans cause définie, cette malade maigrissait, devenait pâle et rapidement anémique. Quand je l'examinai, je trouvai un gros fibrome régulier, du volume d'une tête d'adulte, mobile dans l'abdomen et le bassin. L'hystéromètre montra que la cavité utérine était en avant, peu augmentée de volume, puisqu'elle n'avait que 8 centimètres. La tumeur occupait le fond et la partie postérieure de l'utérus. Cette petitesse de la cavité me fit soupçonner un fibrome de nature spéciale, car le saignement ne correspondait pas à l'agrandissement de la cavité.

Malgré le volume moyen de la tumeur et le peu d'écoulement sanguin, mais en présence du dépérissement rapide de la malade, je crus qu'il vaudrait mieux faire l'hystérectomie abdominale.

Celle-ci fut pratiquée, le 8 mai 1888, avec le concours du D[r] Routier. A peine l'abdomen ouvert, je trouvai une adhérence épiploïque à la partie supérieure de la tumeur, et à ce niveau une plaque de couleur livide et verdâtre, comme sphacélée, sur une étendue égale à 10 centimètres carrés. Les ligaments larges furent coupés de chaque côté, et les ovaires enlevés, ainsi que les trompes. Je pus pédiculiser l'utérus au-dessus du vagin et le sectionner, après avoir placé un lien de caoutchouc soutenu par une broche transversale. Le pédicule fut fixé dans l'angle inférieur de la plaie et l'abdomen obturé.

La malade, aujourd'hui au 15[e] jour de l'opération, va très bien. Mais, en examinant les pièces, nous avons pu nous rendre compte de la cause des accidents éprouvés par la malade, et on put se rendre compte aussi de l'importance qu'il y avait eu ici à pratiquer l'hystérectomie abdominale de préférence à l'ablation des ovaires. Dans l'épaisseur de l'utérus, séparé de la cavité de l'organe, se trouvait un immense fibrome enveloppé d'une coque musculeuse vivante. Il était adhérent par un pédicule large correspondant à la partie sphacélée déjà indiquée. Ce fibrome était d'une couleur rouge lie de vin et en voie de désorganisation et de mortification.

Obs. II. — Le second fait que j'ai à signaler est encore plus instructif. Il s'agit d'une femme de 34 ans perdant du sang sous forme de ménorrhagie depuis quatre ans. Soignée dans plusieurs services des hôpitaux où elle subit des opérations diverses, notamment le curage intra-utérin, elle ne voyait aucun soulagement. Dernièrement on lui proposa de pratiquer sur elle l'opération d'Alexander, pour remédier à une rétroflexion qui devait être la cause de ses hémorrhagies.

Elle entra à la Salpêtrière le 1[er] mai. En l'examinant, je trouvai en effet une partie dure siégeant derrière l'utérus et facile à sentir dans le cul-de-sac postérieur du vagin et par le rectum. Cette disposition simulait une rétroflexion prononcée, d'autant plus nettement que l'épaisseur de la paroi abdominale empêchait la main de sentir la position exacte du fond de l'utérus. Grâce à mon hystéromètre, je pus me

rendre compte que la cavité utérine était en antéflexion normale, et que, par conséquent, la partie dure qui existait au-devant du rectum devait être une tumeur fibreuse postérieure à l'utérus. La cavité de cet organe avait 11 centimètres de hauteur, donc le diagnostic de corps fibreux s'imposait.

Comme la malade réclamait une opération, je pratiquai, il y a quatre jours, l'ablation des annexes de l'utérus. L'examen de cet organe, par l'ouverture abdominale, confirma le diagnostic de fibrome postérieur. Il y avait en outre un fibrome gros comme un marron occupant le fond de l'utérus et faisant saillie dans la direction du sacrum.

Dans ce cas, l'examen méthodique de la cavité utérine m'a permis de faire un diagnostic précis et de proposer une opération qui certainement donnera un bon résultat.

En résumé, je crois que l'examen méthodique de la cavité utérine, dans le cas de fibrome, peut donner des indications sur le diagnostic, le pronostic et l'opportunité de l'opération.

Une cavité trop petite, accompagnant les hémorrhagies, montre que le corps fibreux est anormal ou en voie de désorganisation. Une cavité trop grande, dépassant 14 à 15 centimètres, avec écoulement leucorrhéique abondant accompagnant les hémorrhagies, indique que l'opération de Battey n'aura qu'une influence minime. Celle-ci doit être conservée pour les cas de cavités de moyenne grandeur sans leucorrhée abondante.

A propos des lésions des trompes accompagnant les fibromes, je dirai que, conformément aux conclusions de M. Bouilly, je les crois fréquentes, car j'ai rencontré des salpingites dans trois cas sur neuf de mes opérations.

Enfin je rappellerai, à propos de la difficulté dans l'ablation des ovaires dans le cas de fibrome, ce fait qui m'a beaucoup frappé dans la plupart de mes opérations. Souvent on trouve l'ovaire accolé au fond du bassin; il semble qu'on ne pourra jamais l'attirer, en le décollant du plancher pelvien, vers l'ouverture abdominale. Mais en le tirant doucement on est frappé, après quelques minutes d'essai, de voir le pédicule s'allonger. Il faut alors agir avec douceur, de peur de rupture, et on arrive presque toujours à l'attirer dans la plaie abdominale et à l'enlever en entier.

M. Richelot. Je tiens à prendre parti dans la discussion soulevée par notre collègue Segond, parce que j'estime que dans une question encore neuve sur bien des points chacun de nous doit apporter le tribut de son expérience personnelle. Je tiens à me ranger parmi ceux qui pensent qu'il ne faut pas chercher, en présence des fibromes utérins, une ligne de conduite uniforme, systématique, mais savoir les traiter, suivant leurs allures,

aussi bien par l'ablation sus-pubienne que par la castration ou les divers procédés d'extirpation vaginale. Je ne crois pas qu'on doive préconiser outre mesure l'ablation des ovaires, mais je ne suis pas tenté non plus de crier sans relâche aux abus de la castration. Je crois encore moins que presque tous les fibromes, grands ou petits, comme le prétendent quelques-uns, puissent être enlevés avec avantage et sécurité par la voie vaginale.

Pour les *fibromes très volumineux* qui remplissent le ventre, nous n'avons évidemment qu'une ressource : l'hystérectomie abdominale. Il faut bien en passer par là, malgré les dangers que présente encore cette opération, si améliorée qu'elle soit par l'antisepsie et les procédés actuels. Mais je laisse de côté cette partie du sujet, que M. Segond n'a pas abordée.

C'est pour les *fibromes de moyen volume*, remontant au plus jusqu'à l'ombilic, que la question est délicate et la conduite chirurgicale encore hésitante. C'est ici qu'apparaît la tendance toute moderne des chirurgiens à reculer devant les risques d'une ablation totale, à tourner l'ennemi au lieu de l'aborder de front, à pratiquer, en un mot, l'ablation des ovaires pour créer la ménopause artificielle, supprimer douleurs et hémorrhagies, déterminer la rétraction progressive et l'atrophie de la masse fibreuse. Le fait est que ces utérus modérément développés, à fibromes interstitiels uniques ou multiples, sont quelquefois d'un abord compliqué ; leur ablation comporte les mêmes hasards que celles des plus grosses tumeurs ; et si la femme est très affaiblie, épuisée par les douleurs et les pertes, on est bien aise d'avoir sous la main la ressource d'une opération plus simple et moins périlleuse. Or, les ovaires peuvent être, en pareil cas, faciles à extraire, et l'expérience prouve que la castration donne le résultat qu'on lui demande, en supprimant les symptômes graves et en atrophiant la tumeur. Mais les choses ne vont pas toujours si bien ; souvent les ovaires altérés, déplacés, englobés par des adhérences, se dérobent aux recherches ; l'opération est très ardue, aussi dangereuse qu'une hystérectomie, et quelquefois reste inachevée. Comment faut-il donc se conduire? Entreprendre une laparotomie, qui sera tout d'abord exploratrice. Si la tumeur paraît disposée à sortir sans grands efforts, si la castration fait mine d'être laborieuse, enfin si la malade est vigoureuse et capable de supporter l'opération, on peut adopter l'hystérectomie. Mais dans d'autres conditions, et surtout si les ovaires sont bien accessibles, on sera tenté naturellement de faire l'opération la plus expéditive et la moins dangereuse, puisque aujourd'hui elle a fait ses preuves. J'ajoute que notre tendance actuelle est tout en faveur de la castration ; que l'hystérectomie abdominale est encore, et dans certains cas, une opération de nécessité, d'au-

tres fois une opération qui peut être choisie, mais qu'il faut encourager le mouvement qui porte actuellement les chirurgiens vers l'ablation des ovaires, en présence des tumeurs de moyen volume.

Restent les *petits fibromes*, plus ou moins enclavés dans l'enceinte pelvienne. Ici, l'extirpation par la voie sus-pubienne est impossible ou trop périlleuse; il n'y faut pas songer. La castration serait donc, *a priori*, formellement indiquée. Malheureusement, c'est alors que la recherche des ovaires est souvent le plus difficile; or, une castration trop laborieuse, outre qu'elle peut rester en chemin, est tout aussi grave qu'une résection de l'utérus pratiquée dans de mauvaises conditions. Le chirurgien pourrait donc se trouver dans un grand embarras, en présence des symptômes qui commandent l'intervention — douleurs excessives, hémorrhagies profuses — s'il n'avait la ressource de la voie vaginale.

Je n'ai pas la pensée, Messieurs, de vous faire une leçon sur les opérations qu'on peut diriger par cette voie contre les fibromes utérins. Mais, continuant à comparer, selon les termes du problème posé par M. Segond, l'ablation de l'utérus avec celle des ovaires, je désire attirer votre attention sur les indications précises de l'hystérectomie vaginale en cas de fibromes.

Et d'abord, il n'y a pas lieu d'enlever l'utérus pour un fibrome unique ou réputé tel, inclus dans une des parois, et qu'on peut extraire par énucléation. Je pense qu'il faut pousser très loin les indications de cette méthode, bien qu'il soit difficile de savoir si le fibrome est unique et si d'autres ne lui succéderont pas. Mais il y a des utérus dont les parois contiennent plusieurs petites tumeurs, quelquefois en grand nombre; ceux-là réclament une ablation totale. Même nécessité pour une tumeur non interstitielle, mais sous-péritonéale, saillante à la face postérieure, enclavée dans le petit bassin. En d'autres termes, l'hystérectomie vaginale est applicable, en présence des grands symptômes, au *fibrome rétro-utérin* et à l'*utérus bourré de fibromes*. Tels sont les deux cas bien déterminés où elle peut être mise en parallèle avec la castration. Mais pourquoi et dans quelle mesure la préférer à cette dernière?

Il est bien entendu que la préférence ne peut lui être accordée que pour les fibromes tout entiers contenus dans la cavité pelvienne, ou les utérus fort peu développés au-dessus du pubis. Je ne nie pas qu'on puisse extraire par le vagin des utérus remontant à l'ombilic; mais je nie qu'il faille préconiser sans mesure des opérations qui durent trois et quatre heures, qui épuisent le chirurgien, les aides et surtout la malade, qui sont imprudentes et inutiles, en présence des résultats fournis par la castration.

Cela dit, je connais des cas où la décision du chirurgien repose sur l'impression que lui ont laissée certains faits antérieurs, sur

le degré d'audace ou d'habileté qu'il a su acquérir dans tel ou tel ordre d'idées; mais j'en connais d'autres où elle est commandée par les circonstances, et où, repoussant toute opinion préconçue, nous devons préférer l'hystérectomie parce que l'ablation des ovaires, si bien réussie qu'on la suppose, ne remplirait pas les indications. Permettez-moi de vous donner quelques exemples.

Observation I (résumée). — J'ai opéré il y a deux ans, à l'hôpital Bichat [1], une femme de 41 ans qui avait plusieurs petites tumeurs sous-péritonéales, rétro-utérines, proéminant dans le cul-de-sac de Douglas. La plus volumineuse était grosse comme une noix ; l'utérus, enclavé et peu mobile, était en rétroflexion et présentait les dimensions d'un poing d'adulte. Cette femme n'avait pas d'hémorrhagies, mais des douleurs lombaires et sciatiques intolérables, et, de plus, une faiblesse extrême des jambes qui l'empêchait de faire dix pas de suite; elle était presque paraplégique. L'hystérectomie vaginale l'a promptement rétablie; je l'ai revue il y a quelques semaines, en parfaite santé. Aurais-je pu faire ici l'ablation des ovaires? Je ne le crois pas. Il ne s'agissait pas de douleurs congestives ni de métrorrhagies; les tumeurs, insignifiantes par leur volume, étaient si mal placées dans le petit bassin qu'elles comprimaient les plexus nerveux et provoquaient mécaniquement des douleurs incessantes et de la parésie musculaire. En admettant que l'utérus, rétrofléchi et déformé, n'eût pas rendu la castration impraticable, je ne vois pas bien ce que m'aurait donné la suppression pure et simple des règles. Je n'aurais eu ni régression notable de ces tumeurs déjà si petites, ni changement dans la direction et les rapports de l'utérus; l'opération n'aurait eu, sans doute, aucune valeur.

A côté de ce fait, en voici un autre [2].

Obs. II (résumée). — Femme de 57 ans, ayant des douleurs sourdes et un utérus penché en avant. Après plusieurs mois d'observation, les douleurs et l'anxiété augmentent, la marche devient difficile, l'utérus grossit à vue d'œil, s'alourdit et fait mine de s'enclaver ; le toucher et la palpation combinés indiquent une paroi bourrée de fibrome. A ce moment, l'utérus abaissé, couché à droite et en arrière, se laissait encore repousser de bas en haut ; il n'y avait pas signe de compression manifeste. La castration pouvait arrêter cette évolution menaçante ; rien ne prouve qu'elle n'aurait pas réussi. J'avoue qu'en préférant l'hystérectomie vaginale, j'ai obéi à un sentiment de partialité ; c'est une opération qui m'inspire confiance, quand l'utérus se présente bien; dans les cas de fibromes, elle guérit bien franchement les malades et ne laisse pas d'arrière-pensées. Direz-vous qu'ici ma confiance était

[1] R. de Madec, Traitement chirurgical du cancer de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1887).

[2] *Union médicale*, 19 février 1888.

mal justifiée, parce que la malade a succombé? Non, car elle est morte le sixième jour, de coma urémique, et j'ai trouvé à l'autopsie un rein pesant 40 grammes, et l'autre 90. Toute opération abdominale aurait eu, sans doute, les mêmes conséquences.

Enfin, Messieurs, je vous présente un utérus que j'ai enlevé la semaine dernière. Comme l'observation n'est pas encore publiée, j'entrerai dans quelques détails.

Obs. III. — Mme W... est une femme de 45 ans, qui, depuis un an, a des hémorrhagies abondantes et bi-mensuelles ; il y a dix mois, perte grave pendant quinze jours. Depuis cette époque, elle a maigri et perdu de ses forces; elle a des maux de reins, des douleurs hypogastriques et des pertes blanches continuelles, sans fétidité. M. le Dr Gauthier (de Magny-en-Vexin) me l'adresse, en vue d'une intervention chirurgicale.

Entrée le 15 novembre 1887 à l'hôpital Bichat ; je lui trouve un ventre souple et normal, sans tumeur apparente. Au toucher, le col est porté en avant, derrière la symphyse ; dans le cul-de-sac postérieur est une masse un peu volumineuse, médiocrement dure, indolente ; pendant que le doigt la refoule de bas en haut, le col revient à sa place. Après des examens réitérés, les caractères de la masse rétro-utérine me font admettre une simple rétroversion. Comme cette femme est cuisinière et ne peut guère se soigner, l'usage incertain d'un pessaire me paraît mal indiqué, et je me décide pour une intervention plus énergique, l'opération d'Alexander, qui est pratiquée le 14 décembre, avec l'aide de M. Hallé, interne du service. Les deux ligaments ronds sont trouvés sans encombre, dégagés de leurs adhérences, attirés au dehors de 5 centimètres environ, coupés et suturés à la peau. M. Hallé maintient l'utérus réduit pour faciliter les tractions ; après le raccourcissement et la suture, l'organe est redressé et semble en bonne position. Premier pansement au bout de huit jours ; la réunion est parfaite, et la malade sort le 7 janvier 1888 en très bon état, ne souffrant plus du ventre ni des reins. La réduction s'est bien maintenue jusqu'ici ; au toucher, le col regarde en arrière, le cul-de-sac postérieur est effacé, et, dans le cul-de-sac antérieur, on trouve le corps utérin, qui paraît diminué de volume.

Nouvel examen le 18 avril. Depuis l'opération, elle n'a pas eu de pertes ; mais les douleurs sont revenues, la malade est faible et ne peut travailler. Elle est, de plus, dans un état nerveux très pénible. Au toucher, le col est en avant, derrière la symphyse, et le fond de l'utérus occupe de nouveau le cul-de-sac de Douglas. Ainsi, la rétroversion s'est reproduite, et le résultat de l'opération d'Alexander est absolument nul. Il y a, de plus, un notable accroissement de volume ; il semble que le poids d'une tumeur incluse dans la paroi ait entraîné l'utérus et triomphé de la résistance des ligaments ronds. Je ne sens pas un fibrome nettement détaché de la face postérieure ; je crois plutôt à une tumeur interstitielle.

En présence de cette nouvelle situation, il me semble indiqué de faire une large dilatation avec la laminaire ou les tampons iodoformés, d'explorer la cavité utérine et d'extraire la tumeur par énucléation. Mais encore ai-je besoin qu'un examen fait dans de bonnes conditions confirme le diagnostic; il faudra bien, s'il s'agit d'une tumeur rétro-utérine ou d'un utérus bourré de fibromes, discuter l'urgence d'une opération plus radicale. En tout cas, celle-ci ne sera pas abordée à la légère.

Mme W... entre à l'hôpital Tenon; du 1er au 5 mai, dilatation avec laminaire et tampons ; exploration digitale, apparition prématurée des règles, prolongation de l'hémorrhagie pendant huit jours. La malade se désolant et réclamant sa délivrance, je renonce à la tourmenter par une nouvelle dilatation, et l'opération est fixée au 17 mai.

J'arrive, le jour dit, avec l'intention d'achever le diagnostic pendant l'anesthésie, et de pénétrer, s'il y a lieu, dans la cavité utérine par l'incision du col. Mais, pendant mes derniers examens, j'ai trouvé la saillie du cul-de-sac de Douglas bien dure et comme bosselée; je ne sais plus si j'ai affaire à une tumeur unique et franchement contenue dans la paroi postérieure. La malade endormie, j'attire l'utérus et je constate qu'il s'abaisse facilement; puis mon doigt délimite assez bien une tumeur qui proémine vers le côté droit, et qui, par suite, n'est pas le fond de l'utérus en rétroflexion; je reviens à l'idée d'un fibrome rétro-utérin. Que faire? Si j'aborde la cavité utérine, il est possible que je n'atteigne pas la tumeur saillante en arrière, ou bien que j'enlève, à travers la paroi, un fibrome sous-péritonéal en déchirant la séreuse; autant vaut, dans ce dernier cas, l'ouvrir méthodiquement. Bref, en présence d'un diagnostic incertain et d'un utérus accommodant, je me décide pour l'hystérectomie vaginale, qui est faite avec l'aide de MM. Lafourcade, Marquézy et Buscarlet, internes du service.

Je ne vous décrirai pas en détail cette opération, qui a marché régulièrement. L'utérus descendait bien; le décollement de la vessie et l'ouverture antérieure du péritoine se firent sans difficulté. Néanmoins, il n'est jamais bien aisé d'atteindre le bord supérieur du ligament large et de le saisir du premier coup avec la pince longue ; je me suis bien trouvé d'introduire en avant de l'utérus une grosse érigne mousse pour attirer ce bord et le placer dans mon index recourbé. L'utérus sortit assez bien malgré son volume, la malade ne perdit pas de sang, et l'opération dura trois quarts d'heure.

Les suites furent simples ; il y eut seulement un peu de ballonnement du ventre, sans douleur vive ni facies inquiétant, la température s'élevant à 38°. Après l'ablation des pinces, au bout de quarante-huit heures, l'introduction de la canule rectale amena quelque soulagement; mais le ballonnement et l'anxiété ne disparurent qu'après l'administration du calomel. Les tampons enlevés le cinquième jour, on fit deux injections de sublimé par vingt-quatre heures; une élévation passagère de la température, qui atteignit 39°, me fit ordonner quatre injections, et tout rentra dans l'ordre.

Vous voyez, sur la pièce, que j'ai fait une petite erreur sur le siège

du fibrome. Il occupe la paroi postérieure et latérale droite. Il est vrai qu'il est saillant en arrière, mais il l'est encore plus vers la cavité ; une couche de tissu musculaire le sépare du péritoine ; j'aurais pu l'aborder par une large incision du col, et faire l'énucléation. Seulement, à côté du fibrome principal, gros comme une mandarine, on en trouve un autre beaucoup plus petit, caché dans la paroi, qui certainement eût passé inaperçu, et qui plus tard, en se développant, risquait fort de produire une récidive. Or, à cette malade, affaiblie de longue date et fatiguée de la chirurgie, ne vaut-il pas mieux avoir épargné les chances d'une intervention nouvelle ? En vérité, il y avait lieu d'en finir, et je m'applaudis d'avoir été conduit par les événements jusqu'à l'hystérectomie vaginale.

La conclusion, Messieurs, que je tire de ces trois observations, c'est qu'en présence des petits fibromes pelviens, c'est un peu le tempérament et les habitudes du chirurgien qui lui dictent sa conduite, mais surtout une analyse clinique laborieuse mettant en parallèle, dans chaque cas particulier, les difficultés présumées d'une castration, celles d'une extirpation vaginale et enfin — le premier fait que je vous ai rapporté en est un exemple frappant — certaines conditions d'attitude et de siège des fibromes, qui peuvent être une contre-indication formelle de l'ablation des ovaires. Mais, je tiens à le dire en terminant, les mérites de celle-ci n'en sont nullement diminués, et je m'associe encore une fois à l'opinion que la plupart de mes collègues paraissent avoir aujourd'hui sur son compte.

M. Terrier. J'ai fait jusqu'ici sept opérations de Battey, dont deux dans des circonstances toutes spéciales.

Dans ces deux cas, en effet, il s'agissait d'ablation de kystes ovariques se compliquant de fibromes utérins.

Observation I (résumée). — L'un de ces faits (obs. IIIe de ma 5e série de 25 ovariotomies) a trait à une dame R..., âgée de 43 ans, à laquelle je pratiquai l'ablation d'un kyste parovarien et de l'ovaire correspondant. Comme la malade était porteur d'un fibrome assez développé, ayant déterminé des accidents, j'enlevai le 2e ovaire sain.

Les pertes cessèrent absolument et les règles ne reparurent plus que quatre fois depuis l'opération, c'est-à-dire depuis le 26 mai 1885. Aujourd'hui, 22 mai 1888, la tumeur est encore assez considérable, bien que la malade la trouve diminuée ; les pertes sont nulles et les douleurs restent assez vives pour nécessiter le repos au lit.

Obs. II (résumée).— Dans l'autre cas (obs. XXV de ma 5e série d'ovariotomies), il y avait des kystes papillomateux des deux ovaires ; je fis l'ablation de deux tumeurs, et très certainement je dus laisser des débris d'ovaires, ce qui arrive souvent dans ces cas. Aussi, les règles

reparurent et l'utérus, bourré de fibromes, ne diminua pas; toutefois, il n'y eut pas de pertes.

Je n'ai pu revoir récemment cette malade, opérée le 15 décembre 1885.

Sur les cinq cas qui restent à analyser, il y a à faire des distinctions au point de vue des lésions en face desquelles je me suis trouvé, lésions deux fois complexes, ce qui modifie singulièrement le pronostic de l'intervention. Toutefois, il faut dire que, dans ces cinq cas, l'opération de Battey a été conseillée et pratiquée de propos délibéré.

Deux fois, en même temps que des fibromes, il existait une salpingite double.

Obs. III (résumée). — Le premier cas se rapporte à une dame P..., de 39 ans, souffrant depuis de longues années de fibromes utérins et de complications hémorrhagiques et péritonitiques. Les règles surtout étaient très douloureuses et s'accompagnaient de fièvre.

L'opération de Battey est faite à Bichat le 17 novembre 1885. On constate, à droite, l'existence d'une salpingite, avec hématocèle et ovaire adhérent; à gauche, mêmes lésions, avec impossibilité d'arriver à l'ovaire, caché par des pseudo-membranes. C'est alors qu'ayant fait l'ablation de la trompe et de l'ovaire à droite, je cherchai à gauche à placer 2 ligatures atrophiantes, celles-ci me permirent d'attirer les organes en haut et de faire un pédicule après excision incomplète de la trompe et de l'ovaire.

Cette laborieuse opération dura une heure trois quarts.

La malade succomba le 5e jour à des accidents péritonitiques; on ne put faire l'autopsie.

Obs. IV (résumée). — Dans le deuxième cas, Mme M..., âgée de 35 ans, était porteuse de fibromes utérins déterminant des hémorrhagies abondantes et surtout des accidents de dysménorrhée épouvantables, qui avaient mis plusieurs fois la vie de la malade en danger.

L'opération de Battey fut faite le 11 novembre 1886; à droite, on trouve la trompe dilatée et l'ovaire adhérent et ramolli; on peut faire le pédicule et enlever les deux organes. Mais, à gauche, je me trouvai dans l'impossibilité absolue d'arriver à l'ovaire, caché dans la trompe allongée et dilatée; aussi je me contentai de placer une ligature vers l'angle utérin, dans le but d'atrophier l'ovaire correspondant ou, au moins, d'en diminuer l'irrigation sanguine.

L'opération dura une heure et demie.

Les suites opératoires furent aussi malheureuses, et la malade succomba rapidement sans offrir de signes bien nets de péritonite.

L'autopsie ne put être faite.

Comme on le voit, dans ces deux cas, nous nous sommes trouvés en présence d'une complication sérieuse, une double salpingite.

Cette complication rend les manœuvres plus longues, plus difficiles, et, par conséquent, diminue d'autant les chances de succès.

Toutefois, étant donné ce que l'on fait actuellement en cas de salpingite, et en tenant compte des résultats obtenus, on peut espérer en obtenir encore de meilleurs, même dans les cas de fibromes, où les manœuvres sont gênées par le volume des tumeurs, et où, en outre, on est exposé à des accidents graves d'hémorrhagie, par suite de la dilatation anormale des vaisseaux artériels, et surtout veineux, des plexus utéro-ovarien et utérin.

Des trois observations qui restent et qui, toutes trois, ont été suivies de succès, il faut en séparer une, qui se rapporte, non plus à des fibromes, mais à une hypertrophie totale de l'utérus.

Voyons d'abord les deux observations de fibromes :

Obs. V (résumée). — Dans la première, Mme P..., âgée de 49 ans, se plaignait, depuis plus de dix années, de douleurs et de pertes utérines abondantes; de plus, une tumeur assez volumineuse s'était développée dans l'abdomen. Craignant pour sa vie, et ayant épuisé tous les moyens médicaux, Mme P... voulut bien accepter l'opération de Battey et fut opérée à Bichat le 21 juin 1887.

L'ablation successive des deux trompes et des deux ovaires fut des plus simples, et l'opération fut faite en 32 minutes. A part la rupture de la cicatrice, qui eut lieu le 11e jour, et sur laquelle nous reviendrons, la guérison fut parfaite. Revue à la fin de 1887, Mme P... allait fort bien, son fibrome diminuait et ses hémorrhagies, comme ses règles, d'ailleurs, étaient absolument arrêtées. L'opérée partit en Corse, et j'ai su qu'elle allait toujours très bien.

La seconde observation est de date trop récente pour en tirer des conclusions fermes :

Obs. VI (résumée). — Il s'agit d'une femme L..., âgée de 46 ans, porteuse de fibromes ayant déterminé des douleurs et des hémorrhagies graves, malgré tous les traitements médicaux.

L'opération fut faite à Bichat le 3 avril 1888. Sauf la tendance incessante des intestins à sortir du ventre par l'ouverture de la ligne blanche, qui gêna l'opération, celle-ci fut assez simple et dura 30 minutes en tout. Les deux ovaires et les deux trompes furent enlevés. Comme dans l'observation précédente, l'opération donna lieu à un écoulement sanguin vaginal assez abondant et qui dura plusieurs jours.

La malade guérit très bien, et à l'époque suivante ses règles ne revinrent pas. Actuellement, elle est en convalescence au Vésinet.

Enfin, l'avant-dernière opération de Battey que j'ai pratiquée a été faite pour remédier aux hémorrhagies abondantes et persistantes

résultant d'une hypertrophie utérine considérable, véritable *uterus gigantea.*

Obs. VII (résumée). — Mme B..., âgée de 45 ans, offre depuis treize ans tous les phénomènes qui caractérisent cette hypertrophie, soit des pertes abondantes à chaque époque, des douleurs et, en outre, le développement de l'abdomen comme chez une femme enceinte.

Après de nombreux essais de traitement et des alternatives de mieux et de plus mal, survinrent des hémorrhagies telles que la vie de la malade fut souvent en danger. Enfin, dans ces derniers mois, la malade, exsangue, offrait des troubles cardiaques fort graves. En présence de ces accidents, je proposai l'opération de Battey, de préférence à l'hystérectomie, cette dernière opération étant trop grave dans l'état d'anémie de la patiente.

L'opération fut faite le 1er avril 1888 et dura en tout vingt-cinq minutes; les deux ovaires et les deux trompes furent enlevés sans la moindre perte de sang, ce qui était d'une importance capitale.

Après des accidents fébriles intenses dus à une ancienne intoxication paludéenne grave, et combattus par le sulfate de quinine, Mme B... allait bien et put se lever le vingt et unième jour. Mais elle ressentit dans le côté droit du ventre, juste au niveau de l'ovaire enlevé, une douleur vive, qui nécessita le repos au lit et détermina de nouveaux accidents fébriles. Ces douleurs persistèrent, lancinantes, pendant toute la fin d'avril et la première moitié de mai; une tuméfaction, fluctuante profondément, se manifesta, et un abcès fut ouvert le 19 mai, soit près de cinquante jours après l'opération.

L'apparition si tardive de ces phénomènes, inflammation et suppuration, ne fut pas sans nous étonner; nous n'en trouvons d'autre explication que dans une inoculation de la ligature faite sur la trompe par la cavité de celle-ci dilatée et purulente. C'est qu'en effet, depuis longtemps déjà, Mme B... avait des pertes résultant de l'inflammation chronique de la muqueuse utérine évidemment infectée.

Quoi qu'il en soit, malgré cet accident inattendu, qui a entravé la guérison rapide de notre opérée, les règles sont absolument arrêtées et l'époque du mois de mai a tout à fait manqué; aussi l'anémie, poussée à l'extrême, diminue rapidement, et notre malade reprend peu à peu son teint coloré et ses forces.

Évidemment, les deux dernières observations que je viens de vous relater sont insuffisantes, en ce sens que les opérées ne sont pas suivies depuis assez longtemps; toutefois, elles offrent un certain intérêt clinique, surtout la dernière d'entre elles.

Un accident sur lequel M. Segond a attiré l'attention de la Société mérite d'être rappelé, car il ne m'est pas arrivé une seule fois, mais bien deux fois.

La première fois, c'était chez Mme R..., mon opérée de kyste parovarien, et chez laquelle je fis l'ablation de l'ovaire, pour éviter

toute complication ultérieure due au fibrome qu'elle portait en outre. Au 6e jour, tous les fils furent enlevés ; or, le 7e, après un effort de toux, la plaie se désunit, et il y eut issue de l'intestin entre le fibrome et l'épiploon. On fit quatre sutures d'argent profondes, et deux superficielles au crin de Florence. Il n'y eut pas d'accident ultérieur. Mais la malade a une large éventration au niveau de sa cicatrice.

La seconde fois, il s'agissait de Mme P... opérée pour un fibrome, le 21 juin 1887. La moitié des sutures profondes fut enlevée le 6e jour, et le reste le 10e jour. Or, ce fut le 11e jour que, dans un effort de toux, la suture se désunit ; le fond de la plaie était occupé par l'épiploon, il n'y avait pas issue de viscères. On ne fit que cinq points de suture profonds au fil d'argent, et, après une élévation de température, tout rentra dans l'ordre, et la malade guérit bien, sans éventration notable.

A quoi attribuer cet accident ? Je crois qu'on peut l'expliquer par deux causes, l'une mécanique, la persistance de la tumeur qui distend la paroi abdominale; l'autre, d'ordre organique, l'abondance de pertes de sang qui rend peut-être la réparation des tissus moins facile. En tout cas, l'application de deux plans de sutures, l'un profond, l'autre superficiel, et la prolongation de la durée pendant laquelle on laisse en place les sutures, surtout les superficielles, pourront faire éviter cet accident, qui peut être fort grave. J'ajouterai que le pansement strictement antiseptique, placé sur l'abdomen, diminue singulièrement la gravité d'un tel accident, ainsi qu'il résulte de nos observations.

En résumé, Messieurs, j'ai cru devoir vous indiquer brièvement les résultats de ma pratique, encore bien incomplète, parce qu'il me paraissait intéressant par la diversité des cas et des résultats obtenus. Puis, cette question étant à l'ordre du jour, il me paraît utile d'apporter à sa solution tous les matériaux dont on peut disposer, d'autant plus que toutes mes tendances sont en faveur de l'opération de Battey, pour remédier aux accidents des fibromes, et cela le plus tôt possible, quand les moyens médicaux sont inefficaces.

M. Pozzi. Il importe, je crois, de faire remarquer que l'on donne, à tort, le nom d'*opération de Battey* à la castration faite dans un but hémostatique. L'opération de Battey est une opération qui a été entreprise pour supprimer des douleurs, voire même pour guérir la folie (*castration antinévropathique*). Ce sont MM. Trenholm et Hegar qui ont recommandé la castration pour arrêter les hémorrhagies utérines (*castration hémostatique*). Enfin, la castration a encore été conseillée (Lawson Tait) dans les cas de lésions inflam-

matoires d'origine utérine (métritiques) ; elle pourrait, sous cette troisième espèce, prendre le nom de *castration antiphlogistique.*

Présentation de pièce.

Sarcome du sein.

M. Schwartz. J'ai l'honneur de présenter à la Société une tumeur du sein enlevée hier matin. Elle a débuté il y a dix ans par une petite tumeur, grosse comme une noisette, située au-dessous et en dehors du mamelon, demeurant stationnaire pendant neuf ans. Elle a augmenté de volume et très rapidement depuis six mois, et présentait au moment de l'ablation le volume des deux poings. Nous avions posé le diagnostic de sarcome du sein.

L'examen anatomique et histologique fait par le Dr Remy, agrégé à la Faculté, nous a montré un sarcome fibro-plastique ou fuso-cellulaire entourant complètement un adéno-fibrome du sein, qui y est enclavé comme un coin, et entouré lui-même à sa base d'une multitude de kystes pas plus gros que des grains de plomb, rappelant tout à fait ceux de la maladie kystique. Cette pièce nous paraît intéressante en ce qu'elle nous montre une tumeur sarcomateuse développée autour d'une tumeur tout à fait bénigne, avec prolifération glandulaire multiple, comme une sorte d'hybride de l'adéno-fibrome avec dégénérescence kystique périphérique et production de tissu sarcomateux.

Lectures.

M. Chavasse lit une observation intitulée : *Ostéomyélite traumatique de la tête humérale ; résection de l'épaule ; ostéomyélite diaphysaire infectieuse du fémur ; guérison* (M. Delens, rapporteur).

M. Brun lit une note à propos de *Deux cas d'anévrysmes poplités, guéris par la ligature antiseptique de la fémorale après insuccès de la méthode de Reid* (M. Reclus, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures 25 minutes.

Le Secrétaire,

Ch. Monod.

Séance du 30 mai 1888.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Treatise on dislocation*, par J. Lewis Stimson (de New-York) ;

3° *Notice historique sur la vie et les œuvres du chirurgien* A. Boyer, par le Dr J. Comby, médecin des hôpitaux de Paris ;

4° Des lettres de candidature de MM. Brun et Delorme, à la place de titulaire déclarée vacante.

M. Hergott, membre correspondant national, assiste à la séance.

Suite de la discussion sur le traitement des fibromes utérins par la castration ovarienne.

M. Tillaux. Je tiens, à mon tour, à dire quelques mots sur le parallèle que M. Segond a tenté d'établir entre l'hystérectomie et l'oophorectomie ou ablation des ovaires, entreprises pour le traitement des corps fibreux de l'utérus.

Contrairement à l'opinion qui a paru prévaloir ici, je suis, pour ma part, plutôt enclin à donner la préférence à l'hystérectomie.

On a dit, en faveur de l'oophorectomie, qu'elle était une opération moins grave ; je l'accorde ; opération sérieuse, cependant, puisque la mortalité qu'elle entraîne s'élève à 14 0/0. Cette année même, une de mes malades, à qui j'avais cru devoir faire, dans des conditions, il est vrai, peu favorables, l'ablation des ovaires, a succombé. D'autre part, s'il est incontestable que l'hystérectomie est grave, il est certain aussi qu'elle tend à le devenir de moins

en moins ; les statistiques publiées dans ces derniers temps sont meilleures. En ce qui me concerne, sur 6 hystérectomies pratiquées en 1887, j'ai eu 5 succès ; la seule mort que j'ai observée était due à une hémorrhagie par ligature insuffisante du pédicule ; c'est un échec qui aurait pu être évité. L'hystérectomie est donc une opération sérieuse, mais moins peut-être qu'on ne le croit communément.

On argue encore, en faveur de l'oophorectomie, de la facilité plus grande de l'opération, facilité qui est loin d'être constante. Oui, certes, lorsque l'on a l'ovaire sous les yeux, dans la main, pour ainsi dire, qu'il se laisse découvrir et enlever comme en se jouant, oui, certes, cela est plus facile que d'extirper un utérus. Mais, par contre, dans combien de cas n'échappe-t-il pas aux recherches, ou du moins son ablation est-elle réellement impossible, et faut-il, de guerre lasse, se résigner à fermer le ventre sans avoir rien fait ? L'oophorectomie n'est donc pas toujours une opération facile.

Si, maintenant, à ces avantages plus ou moins discutables, j'oppose les reproches que l'on a pu adresser à cette opération, on verra si j'ai raison de ne pas l'adopter sans réserve. Qu'on veuille bien remarquer, au reste, que je ne viens pas poser ici des règles précises de conduite. Il s'agit d'une opération qui est encore dans l'enfance, qui, du moins, est encore à l'étude.

Je viens apporter ici seulement et vous soumettre les arguments que l'on peut produire contre elle ou en sa faveur.

Ceci dit, je vous avoue que le grand reproche que j'adresse à l'oophorectomie, la raison principale qui me fait pencher plutôt vers l'hystérectomie, dans le traitement des tumeurs fibreuses, consiste en ceci, que l'oophorectomie n'atteint pas à coup sûr son but ; on n'est pas certain, en l'entreprenant, d'obtenir l'effet qu'on en attend. Rien de plus cruel, pour le malade comme pour le chirurgien, que de voir l'intervention, acceptée et menée à bien, ne pas donner le résultat cherché, ou ne donner qu'un résultat temporaire.

D'autre part — et ici j'entre nécessairement dans la question des indications de l'opération — l'oophorectomie est-elle en état de parer aux accidents de compression, qui sont souvent, chez les femmes atteintes de corps fibreux, le phénomène prédominant ?

Est-elle en état de mettre fin, d'une façon certaine, aux accidents douloureux auxquels donnent si souvent lieu les fibromes utérins ? Dans mes 6 cas, les tumeurs s'accompagnaient de douleurs excessives, suffisantes, à elles seules, pour motiver l'intervention. J'aurais craint, en me contentant de l'ablation des ovaires, de n'apporter aucun soulagement à mes malades. M. Segond nous a bien

dit que les siennes avaient été délivrées à la fois de leurs hémorrhagies et de leurs souffrances. Je ne conteste pas le fait, mais je demande si ce bon état durera ; je voudrais savoir ce qu'il adviendra plus tard de ces opérées. En tout cas, la réussite ne peut être aussi certaine que celle fournie par l'hystérectomie.

Il n'en est pas tout à fait de même lorsqu'on n'envisage que la question des hémorrhagies. Ici, je l'accorde, on trouvera peut-être une indication spéciale à l'ablation des ovaires seuls, à condition, bien entendu, qu'elle soit possible. Je suis, pour ma part, disposé à réserver l'oophorectomie aux cas où des hémorrhagies graves résultent de la présence d'un corps fibreux. C'est alors, et alors seulement, qu'elle me paraît pouvoir être de mise.

En somme, voici quelle est ma pratique : lorsque je me trouve en présence d'un fibrome de l'utérus et que l'opération s'impose, je *pars*, passez-moi l'expression, je pars pour l'hystérectomie ; que si, en route, je m'aperçois qu'elle est impossible, je me rabats sur l'oophorectomie ; j'enlève les deux ovaires, si je le peux, ou du moins l'un des deux ; ou bien, enfin, je me contente des ligatures multiples atrophiantes, dont a parlé M. Terrier.

Donc, sans rejeter l'oophorectomie, j'incline à croire, pour les raisons que je viens de dire, que l'hystérectomie lui est préférable. Je ne dis pas que je ne changerai pas d'avis, si l'on parvient à me démontrer que je suis dans l'erreur ; mais, jusqu'ici, je m'en tiens à cette manière de voir, qui résulte de mes réflexions et de mon expérience personnelles.

Permettez-moi, avant de terminer, de profiter de l'occasion qui se présente de vous rapporter un fait récent, qui ne se rattache qu'indirectement à la question, mais qui me paraît cependant pouvoir trouver place dans cette discussion.

La volumineuse tumeur que je mets sous vos yeux a été enlevée par moi chez une femme, vierge encore, âgée de 44 ans. Elle pèse 6 kilogrammes et demi ; en place, elle paraissait remplir tout le ventre, remontant jusqu'au diaphragme, qu'elle refoulait. J'avais diagnostiqué un fibrome utérin ; je rappelle que, vu la persistance de l'hymen, le toucher vaginal ne m'avait pas été permis. L'opération a eu lieu le 21 avril dernier. L'incision faite à l'ordinaire et le ventre ouvert, je tombai, avant d'arriver sur la tumeur, sur un second feuillet péritonéal ; il ne s'agissait donc pas d'une tumeur utérine. Je dus agrandir mon incision jusqu'à mettre le côlon transverse à découvert ; il était adhérent à la tumeur ; je dus en conclure que celle-ci s'était développée dans l'arrière-cavité de l'épiploon. Je détache le côlon transverse, je fais basculer la tumeur, et alors, derrière elle, j'aperçois — et c'est l'un des traits particuliers de cette observation — j'aperçois un corps, d'aspect

et de siège étranges, qui me trouble singulièrement. C'était une masse arrondie fusiforme, du volume d'un œuf de poule dans sa portion la plus grosse ; couchée au-devant de la colonne vertébrale, elle descendait vers la région lombaire pour pénétrer et se perdre dans le bassin.

Qu'était cette masse? Je n'en savais absolument rien. Je continuai l'énucléation de la tumeur ; je la dégageai petit à petit du ligament large dans lequel elle était incluse, et d'où je parvins à l'extraire finalement d'un seul bloc, sans avoir de pédicule à lier.

Je revins alors à la seconde tumeur découverte derrière la première ; après m'être assuré qu'elle n'était formée ni par l'intestin, comme on paraissait le supposer autour de moi, ni par l'uretère, je l'enlevai, après l'avoir cernée entre deux ligatures placées à ses deux extrémités. Je pus, alors seulement, pièce en main, reconnaître qu'il s'agissait d'un énorme varicocèle, formé aux dépens des veines ovariennes, et dû probablement à la gêne que la tumeur principale apportait à la circulation intra-abdominale.

J'achevai l'opération en réséquant le ligament large au ras de l'utérus ; je ne fis pas de drainage ; je fermai la plaie comme dans les ovariotomies simples. La malade a bien guéri, dans les délais ordinaires.

M. Ch. Monod. Je saisis l'occasion de la discussion ouverte devant vous pour vous communiquer un fait de castration pour fibromes utérins, dont j'ai retardé la publication, en raison des suites peu ordinaires de l'opération dans ce cas. Je tenais, avant de le faire connaître, à être définitivement fixé, par une observation prolongée de ma malade, sur les résultats qu'avait eus pour elle l'intervention chirurgicale à laquelle elle s'était soumise. Il me paraît qu'aujourd'hui, plus de deux ans après l'opération, je puis me considérer comme suffisamment édifié à cet égard.

Voici le fait :

Observation (recueillie par M. Thomas, interne des hôpitaux). — Mme B..., 39 ans. Réglée à 13 ans ; mariée à 17 ans. Deux ans après, accouchement facile. Au bout de dix mois, fausse couche ; en 1873, nouvelle fausse couche de six semaines. C'est à peu près vers cette dernière époque que la malade fut prise de violentes douleurs dans le bas-ventre, survenant dans l'intervalle des règles, deux à trois fois chaque mois, et durant à peu près une heure. Les règles augmentaient en même temps peu à peu d'abondance.

Le professeur Hayem, consulté en 1883, constata l'existence d'un fibrome utérin, du volume d'une pomme environ. Depuis lors, les hémorrhagies n'ont fait que s'aggraver, malgré l'usage du seigle ergoté. Elles revenaient toutes les trois semaines, se prolongeant pendant huit

ou neuf jours chaque fois, très abondantes, et donnant lieu à l'expulsion de caillots sanguins ; elles étaient précédées et suivies de pertes blanches abondantes. Au contraire, les crises douloureuses diminuaient de fréquence et de durée. Le fibrome est de volume notable ; il ne dépasse cependant pas l'ombilic.

C'est, en somme, surtout à cause de l'abondance des hémorrhagies qu'une intervention est proposée à la malade et acceptée. M. Monod se réserve de décider, au cours de l'opération, si la tumeur doit et peut être enlevée, ou s'il se contentera de l'ablation des deux ovaires.

Opération le 24 *avril* 1886, avec le concours de MM. Terrillon et Schwartz. Incision à l'ordinaire, courte d'abord, puis prolongée, pour faciliter l'exploration, jusqu'à l'ombilic. On reconnaît que le fibrome n'est pas pédiculé ; il bombe à la partie postérieure de l'utérus, mais n'en est aucunement séparable.

Cette constatation faite, M. Monod se décide à se borner à la castration. Du côté gauche, l'ovaire est facilement saisi et attiré au dehors ; il paraît normal d'aspect et de volume ; son pédicule est serré par deux fils de soie phéniquée entre-croisés, et sectionné. Du côté droit, la recherche de la glande est laborieuse ; il faut, pour pouvoir l'atteindre, prolonger encore l'incision et faire basculer l'utérus ; on parvient cependant à la saisir et à l'amener dans la plaie ; on traverse son pédicule, bien mis à découvert, avec l'aiguille mousse portant le double fil destiné à l'étreindre en bonne place. Le ventre est refermé à l'aide de sutures profondes et superficielles au fil d'argent.

Au réveil, douleurs violentes dans le bas-ventre comparables aux douleurs de l'accouchement, elles se reproduisent à peu près tous les quarts d'heure, pour durer chaque fois dix à quinze minutes : ces contractions utérines douloureuses persistent jusqu'au soir. Des nausées et des vomissements répétés fatiguent aussi beaucoup la malade : chaque effort de vomissement provoque une vive douleur au niveau de l'incision. Glace, champagne.

6 h. soir. T. ax., 38°. La nuit est assez calme, grâce à l'administration de pilules d'opium ; quelques douleurs abdominales, mais n'ayant plus le caractère des précédentes. Les contractions utérines ont cessé. Cathétérisme toutes les 6 heures.

25 *avril*. T. matin, 37°. Les vomissements persistent. De plus, douleurs aiguës ayant leur siège surtout au niveau de l'ombilic, douleurs constrictives, revenant par accès pendant lesquels la malade pousse des gémissements. L'opium à haute dose réussit à les calmer. La malade urine seule. T. soir, 37°,6.

26 *avril*. T. matin, 37°,5. La journée est assez bonne. Potion de Rivière contre les vomissements. Les douleurs, nulles ou peu accentuées pendant la journée, reprennent vers le soir avec une grande violence ; elles se succèdent sans interruption et avec un caractère d'acuité qu'elles n'avaient pas encore présenté.

T. soir, 38°,6. L'opium à haute dose procure un peu de sommeil.

A partir de ce moment, la température ne s'élève plus au-dessus de

la normale. Les douleurs, les nausées et les vomissements diminuent peu à peu.

29 *avril.* M. Monod enlève les sutures superficielles, et le 3 mai les sutures profondes.

8 *mai.* Quinze jours après l'opération, la malade se lève pendant une heure. Elle reprend assez rapidement ses forces, et le 16 mai se trouve assez bien pour faire sa première sortie. A ce moment, la cicatrisation de l'incision abdominale (13^{cm}) est à peu près complète sur toute sa longueur.

A partir du troisième jour de l'ovariotomie, il y a eu par le vagin un léger écoulement de sang qui, accompagné de quelques caillots le 27 avril, s'est réduit les jours suivants à un simple suintement insignifiant qui a continué sans interruption jusqu'au 2 mai et n'a entièrement disparu que le 15 du même mois.

23 *mai.* La malade part pour la campagne, elle y reste huit jours et rentre chez elle le 31 mai.

Le lendemain 1er juin, elle reprend ses occupations. Depuis le 15 mai, elle n'avait plus reperdu de sang, mais le 24 mai, époque correspondant à peu près à la date présumée de ses règles, elle avait eu un léger écoulement non sanguin, marquant le linge de taches jaunâtres, et ayant un peu d'odeur, écoulement qui cessa au bout de quelques jours.

29 *juin.* Première perte de sang avec coliques, arrêtée dans la journée par le simple repos au lit.

17 *juillet.* L'écoulement semble vouloir recommencer, mais se borne à quelques taches de sang.

25 *juillet.* Dans la nuit, il revient peu abondant et continue les deux jours suivants en diminuant très rapidement.

25 *août.* Très légère perte de sang, à deux reprises, à deux jours d'intervalle. Dans les premiers jours de septembre, crise douloureuse dans la tumeur, semblable à celles que le malade éprouvait avant l'opération; elle dure quelques minutes seulement et ne reparaît plus.

22 *septembre.* L'écoulement reparaît, mais à l'état de simple suintement sanguin, et persiste avec quelques intermittences pendant plus de trois semaines.

17 *octobre.* Perte de sang plus abondante qui s'arrête le 22. En même temps qu'apparaissait cet écoulement, la malade se plaignait d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite en un point fixe correspondant au bord droit de l'utérus et revenant par crises. Le lendemain la douleur devient aiguë ; elle cède à une piqûre de morphine. Elle reparaît le 23 octobre, pour cesser le lendemain après application d'un vésicatoire, mais sa disparition coïncide avec le retour d'une métrorrhagie, cette fois très abondante et qui va en augmentant les jours suivants. Le 26, l'écoulement est tellement considérable qu'on est préparé à faire le tamponnement. L'ergotine réussit néanmoins à enrayer l'hémorrhagie, qui diminue peu à peu et cesse complètement le 31 octobre.

Le 8 novembre, quelques souffrances dans le bas-ventre font craindre à la malade le retour d'une hémorrhagie, mais il ne vient que quelques gouttes de sang et tout s'arrête là.

15 *novembre*. L'écoulement recommence, annoncé depuis plusieurs jours déjà par le gonflement, la sensibilité des seins, une légère tension du ventre, et précédé presque immédiatement par la douleur fixe dans la fosse iliaque droite. Malgré de fortes doses d'ergotinine en injections sous-cutanées, la malade perd beaucoup de sang jusqu'au 19e jour, où l'hémorrhagie semble s'arrêter, mais elle reparaît le lendemain et ne cesse que dans la journée du 21.

26 *novembre*. Nouvelle métrorrhagie considérable. On pratique le lendemain le tamponnement vaginal avec la poudre de colophane et des tampons d'ouate hydrophile. Mais la malade s'étant levée, le tamponnement se déplace et l'hémorrhagie recommence pendant toute la nuit. Le tamponnement est renouvelé les jours suivants et supprimé définitivement le 1er décembre, il y a encore eu écoulement de quelques gouttes de sang dans la journée.

Depuis lors, il n'y a plus eu de métrorrhagie, mais pendant toute la première moitié de l'année 1887 Mme B... a perdu du sang tous les mois, quelquefois même deux fois par mois, sans que jamais l'hémorrhagie ait un caractère inquiétant. Il en fut ainsi jusqu'en septembre 1887.

De septembre 1887 à avril 1888 aucune perte d'aucune sorte.

Le 18 mai 1888, pour la première fois depuis huit mois, un nouvel écoulement sanguin sans importance se produit.

L'état général de la malade, au cours de ces deux années, a été s'améliorant sans cesse. Elle a repris des couleurs, des forces, de l'embonpoint. La tumeur abdominale a presque entièrement disparu. Des douleurs d'intensité variable, revenant par crises, et siégeant toujours dans le côté droit du ventre, sont le seul souvenir qu'elle conserve de son état antérieur.

En résumé, femme de 39 ans, atteinte d'un fibrome de moyen volume, mais provoquant des hémorrhagies répétées, qui met en danger les jours de la malade. La castration met fin aux hémorrhagies graves, mais laisse subsister une perte sanguine périodique, qui, s'établissant dès le lendemain de l'opération, se montre avec une intensité variable pendant seize mois. Trois fois pendant cette période se produisent de véritables métrorrhagies, à peu de distance l'une de l'autre, l'une d'elles ayant nécessité le tamponnement vaginal. Interruption complète, pendant les huit mois qui suivent, de l'écoulement sanguin, qui reprend alors (au mois de mai de la présente année) mais d'une façon qui paraît devoir être modérée. Malgré ces incidents, la malade a retiré de l'opération tout le bénéfice désirable. Elle a pu reprendre ses occupations habituelles, elle a retrouvé de l'embonpoint et des couleurs; le fibrome a considérablement diminué de volume; jamais, sinon dans

la courte période dont il a été fait mention, les pertes n'ont revêtu le caractère d'hémorrhagies redoutables qu'elles avaient eu avant l'opération.

Ce fait n'en offre pas moins cette particularité que, contrairement à ce qui est communément observé, l'ablation des deux ovaires n'a pas complètement supprimé l'écoulement sanguin provenant de l'utérus.

Je sais l'explication que l'on a donnée de cette anomalie. Kœberlé, dans son article Ovariotomie du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, notre collègue, M. Terrier, dans son article paru en 1885 dans la *Revue de chirurgie*, ont soutenu que, toutes les fois que la perte utérine se maintenait à la suite d'une ovariectomie ou d'une ovariotomie doubles, le fait ne pouvait s'expliquer que par une ablation incomplète de l'un ou des deux ovaires; le pédicule ayant été fait sur l'organe et non au-dessous de lui, et en ayant, par conséquent, respecté une partie si minime qu'elle fût.

Je me permettrai de dire que je ne puis accepter, pour mon cas du moins, cette manière de voir. Je suis absolument certain d'avoir placé mon fil en bonne place. J'ajoute que j'étais aidé dans cette opération par mes collègues et amis les D[rs] Terrillon et Schwartz, dont on connaît la compétence, et que leur opinion concorde avec la mienne. Qu'on se souvienne d'ailleurs que nous étions, les uns et les autres, au courant des discussions soulevées sur ce point de pratique, ravivées par l'article de M. Terrier qui venait de paraître; que notre opération avait, d'autre part, essentiellement pour but de mettre fin à des hémorrhagies inquiétantes; et l'on m'accordera que nous avons dû apporter un soin tout particulier à éviter la faute reprochée aux opérateurs qui nous avaient précédé dans cette voie.

Le fait que je vous signale, tout en dehors de l'ordinaire qu'il soit, est loin du reste d'être absolument rare. Je laisse de côté les cas d'écoulement sanguin persistant à la suite d'ovariotomies doubles ; ils sont tous plus ou moins sujets à caution. On n'est en effet jamais absolument sûr, en pratiquant l'ablation d'un kyste dit de l'ovaire, d'enlever avec la tumeur la glande correspondante. Ne connaît-on pas le fait classique de Weinlechner, pratiquant une ovariotomie double à une jeune fille, chez laquelle, dans les débris restants de l'ovaire gauche, se développa une nouvelle tumeur, grosse comme une tête d'adulte, qu'il fallut extirper à son tour ?

Mais en est-il de même dans l'ovariectomie? c'est-à-dire dans une opération qui n'a d'autre but que de rechercher l'ovaire sain, et de l'enlever après l'avoir dûment mis à découvert et reconnu ? Si la persistance de l'écoulement utérin à la suite d'une telle opéra-

tion signifie nécessairement que le chirurgien n'a pas su faire l'ablation de l'ovaire, il faut avouer que bien des opérateurs, parmi lesquels je citerai Hegar, Kaltenbach, Martin, Freund, Spiegelberg, etc., ont commis cette maladresse, et je me consolerais, en si bonne compagnie, d'être accusé de l'avoir commise à mon tour. Je relève en effet, dans une statistique dressée par Hegar, que, 10 fois sur 41, dans ses cas personnels, 12 fois sur 30, dans ceux empruntés à d'autres opérateurs, la castration n'a pas entraîné une suspension immédiate et complète de la perte utérine.

Ce résultat vaut la peine d'être consigné. Tenterais-je, moi aussi, d'en donner une explication plus ou moins hypothétique? Je m'en garderai. Je me garderai surtout de réveiller devant vous la discussion, un peu rebattue, de la corrélation intime ou, au contraire, de l'indépendance ou, comme on le dit, de la disjonction possible des phénomènes de menstruation et d'ovulation. Pour moi, la théorie de Négrier reste vraie, et les arguments invoqués contre elle par Beigel en Allemagne, Jackson en Amérique et de Sinéty en France ne suffisent pas pour la battre sérieusement en brèche.

Il n'en reste pas moins que l'utérus peut continuer à saigner d'une façon plus ou moins périodique, même après l'ablation complète des deux ovaires. S'agit-il là de règles véritables? Je ne le pense pas. Je remarque en effet que, dans la plupart de ces cas, il est question, comme dans le mien, d'un écoulement qui, par quelque trait, se distingue des règles normales: ou bien il est particulièrement faible et sans importance; ou bien plus abondant, mais, après être revenu avec une certaine régularité, il se suspend de lui-même pour reprendre quelques mois plus tard; ou bien encore ce sont des règles en apparence régulières, mais qui ne durent que quelques mois, pour s'arrêter ensuite d'elles-mêmes, et définitivement, avant l'âge.

Le fait, pour le dire en passant, peut être invoqué contre la théorie de M. Kœberlé et de M. Terrier; car, s'il était vrai que l'écoulement sanguin provînt de la persistance d'un fragment d'ovaire conservé, qui se comporterait comme un ovaire normal, on ne voit pas pourquoi les règles ne reprendraient pas, après l'opération, leur cours normal aussi et régulier.

Donc, l'écoulement sanguin peut persister, il persistera surtout, suivant la remarque d'Hegar, lorsque la castration aura été faite pour un fibrome. Ce qui laisse à penser qu'il ne s'agit là que de la continuation d'une hémorrhagie utérine que l'opération a été impuissante à arrêter complètement.

Je me demande en effet si l'ablation de l'ovaire, en pareil cas, joue le rôle principal dans la cure que l'on cherche; si les liga-

tures qu'elle nécessite, qui portent nécessairement sur les vaisseaux utéro-ovariens, véritables ligatures atrophiantes, comme les appelait M. Terrier, ne sont pas la véritable cause de la suspension des hémorrhagies. Ne voit-on pas, en effet, comme dans une observation de M. Segond et une autre de M. Championnière, la castration unilatérale suffire, dans certains cas, à mettre un terme aux pertes, pour lesquelles l'intervention, que l'on n'a pu faire plus complète, a été entreprise ?

Ceci me conduit à une dernière remarque. On l'a bien compris, d'ailleurs, ce n'est pas le procès de la castration, dans les cas de fibromes utérins, que j'ai voulu faire. Je soutiens au contraire, et l'observation que je vous ai lue en est une preuve manifeste, que l'ablation des ovaires, — alors même qu'elle laisse subsister un écoulement sanguin plus ou moins régulier, voire même, comme chez ma malade, à de longs intervalles, une perte véritable, — améliore tellement la situation que l'on ne saurait hésiter, dans les cas dont il a été ici question, à mettre cette précieuse ressource en œuvre.

M. L.-Championnière. Il est clair que nous ne devons pas nous laisser aller à discuter ici toute la thérapeutique des fibromes utérins ; aussi M. Tillaux me permettra-t-il de ne pas insister autrement sur l'intéressante observation qu'il nous a communiquée. — Je reviens sur le vrai terrain de la discussion, celui des hémorrhagies provoquées par les corps fibreux de l'utérus et sur le traitement qu'il convient de leur appliquer.

Je rappellerai tout d'abord que je n'ai pas d'expérience sur les résultats que la castration peut donner dans les cas de fibromes très volumineux ; ces grosses tumeurs ne donnent, du reste, que très rarement lieu à des hémorrhagies.

Pour ce qui est des tumeurs plus petites, toutes justiciables, à mes yeux, de la castration, il faut absolument, au point de vue des résultats que l'on peut attendre de l'opération, distinguer entre les hémorrhagies et les ménorrhagies, ou écoulements se produisant à l'époque des règles. Or, en ce qui concerne ces dernières, il est un fait certain, et ici je me sépare absolument de l'opinion exprimée par M. Monod, c'est que toutes les fois que ces écoulements réguliers persisteront après l'opération, c'est que celle-ci aura été incomplète.

J'ai présenté, dans une autre Société, une pièce sur laquelle on pouvait bien se rendre compte de la grande difficulté que l'on peut éprouver à enlever la totalité de l'ovaire ; il m'avait fallu, dans ce cas, pénétrer presque dans la substance même de l'utérus pour n'en rien laisser échapper. C'est qu'en effet l'ovaire n'a pas la forme

d'une amande, comme on le dit communément; c'est une amande si l'on veut, mais cette amande a une queue, une queue qui se dirige vers l'utérus, qui s'infiltre, à la partie supérieure du ligament large, entre les fibres musculaires qu'il contient et qui proviennent de l'utérus. La difficulté d'une ablation complète est telle qu'il peut être impossible, dans certains cas, d'affirmer qu'il n'y a pas eu d'oubli; et cela d'autant mieux qu'on sera moins prévenu du soin tout particulier qu'il convient d'apporter à ce temps de l'opération. Les meilleurs peuvent y être pris, qu'ils s'appellent Hegar, Battey ou M. Monod.

Tout récemment encore, dans une castration faite dans de bonnes conditions, les ovaires étant bien en vue et faciles à enlever en apparence, mes deux ligatures étant placées et serrées, je dis à mes élèves que je devais n'avoir pas été assez loin; je réappliquai un fil au delà du premier, et bien m'en prit; je pus, en effet, constater que, des deux côtés, dans mes premières ligatures, était emprisonnée une portion de substance ovarienne.

Les difficultés de l'ablation complète de l'ovaire peuvent donc être énormes. Comme, d'autre part, il suffit du plus petit fragment d'ovaire laissé en place pour que les fonctions ovariennes persistent, je maintiens que, toutes les fois que vous viendrez me dire que chez une femme châtrée par vous les règles ont reparu et ont persisté avec leur régularité habituelle, c'est que votre opération aura été incomplète. Pour ma part, je n'ai jamais rien vu de pareil se produire chez mes opérées.

Que s'il ne s'agit que d'un écoulement sanguin sans importance, se produisant à intervalles plus ou moins éloignés, oui, certes, cela est possible; mais je ne puis voir là autre chose qu'un *molimen hemorrhagicum*, le résultat de l'impulsion donnée à l'organe, comme un souvenir de l'habitude physiologique qui n'est pas immédiatement suspendue. Mais une ménorrhagie vraie, survenue après une castration vraie, encore une fois, cela est impossible.

Quant aux hémorrhagies se faisant au dehors de la période mentruelle, peuvent-elles, elles aussi, disparaître? Dans toutes mes opérations, elles ont cessé immédiatement. J'accorde cependant qu'il pourrait en être autrement, mais cela n'a pas d'importance; elles finissent bien tôt ou tard par se suspendre; car, de par votre opération, si elle a été complète, l'utérus, comme le fibrome qu'elle contient, vont s'atrophier. Je vois même là un nouvel argument en faveur de la nécessité d'une ablation totale de l'ovaire; à ce prix seulement vous obtiendrez non seulement la cessation des hémorrhagies, mais la rétrocession de la tumeur.

La castration bien faite est donc, pour la cure des fibromes utérins, une opération vraiment efficace, et qui mérite tous les encou-

ragements. Est-ce à dire qu'il faille prendre parti exclusivement pour ou contre elle ? Assurément non. Je le disais l'autre jour, et je le répète, il est impossible d'arrêter d'avance les cas où l'on aura recours de préférence soit à l'hystérectomie, soit à l'ovariectomie. La vérité est que l'on fait ce que l'on peut. Tenez, lundi dernier, il y a deux jours, j'opérais une femme pour la délivrer de douleurs atroces se reproduisant régulièrement, et se prolongeant pendant une bonne partie de chaque mois. Je *partais*, suivant l'expression de M. Tillaux, pour une simple castration; mais, le ventre ouvert, je me rendis compte des difficultés vraiment insurmontables que j'éprouverais à faire une opération partielle ; je vis que mes fils ne tiendraient pas ; que mieux valait ne pas la tenter. Je dus reconnaître, d'autre part, qu'il me serait impossible, vu le volume du fibrome, de refermer le ventre. Il me fallut donc me résigner à faire l'énucléation de la tumeur. L'opération fut des plus laborieuses et ma malade a succombé.

Ce fait vient à l'appui de ce que je disais tout à l'heure, que la conduite du chirurgien dépend des circonstances, et que bien souvent ce ne sera que sur l'heure, en pleine opération, qu'il devra prendre parti. Il est des cas faciles où il pourra d'avance et résolument se décider pour l'ovariectomie, d'autres où l'hystérectomie s'imposera, d'autres enfin où il restera dans le doute. Les cas sont donc infiniment variables, et le parallèle qu'on a essayé d'établir entre les divers modes opératoires est absolument impossible.

Une dernière remarque, et j'ai terminé. Dans tous les cas où j'ai pratiqué la castration pour métrorrhagies j'ai toujours trouvé, même chez des femmes avancées en âge, que les ovaires étaient énormes, et cela sans aucune lésion appréciable au microscope. Je ne puis voir dans cet état que l'effet d'une congestion habituelle, justifiant par conséquent l'opération pratiquée ; c'est un argument nouveau en faveur de la castration.

M. Terrier. Je ne puis qu'appuyer ce que vient de dire M. Championnière, dont je partage absolument la manière de voir.

Je fais observer tout d'abord, en ce qui concerne mes faits personnels, que, pour les observations que j'ai citées l'autre jour, il n'en est qu'une où, malgré l'ablation d'une tumeur des deux ovaires, les règles se sont reproduites et ont persisté d'une façon régulière. Il s'agissait de kystes papillomateux. Il n'est pas douteux un instant pour moi que, dans ce cas, l'ablation des ovaires a été incomplète. Il doit, du reste, en être souvent ainsi dans les ovariotomies. Mais, alors même qu'il ne s'agit que d'une castration simple, je pense comme M. Championnière qu'on ne saurait trop se méfier, ni apporter trop de soin à faire l'ablation totale de l'organe. Ce

matin encore je pratiquais une opération de ce genre, et j'ai eu toutes les peines du monde à faire un pédicule qui me satisfît.

J'estime donc que c'est là chose vraiment difficile, et si l'on échoue on n'aura pas, pour cela, fait preuve de cette maladresse opératoire dont M. Monod s'est défendu peut-être avec un peu trop d'insistance. Dans certains cas, en effet, comme on l'a dit, la difficulté est telle qu'elle équivaut à une impossibilité véritable.

Je crois aussi à la nécessité absolue de cette ablation complète, si l'on veut obtenir par la castration une suspension des hémorrhagies. Je ne parle pas ici de ces écoulements sanguins sur lesquels M. Terrillon a attiré l'attention, écoulements irréguliers, sans importance, et qui signifient seulement que la fonction utérine n'est pas complètement et immédiatement suspendue. Je ne vise que les hémorrhagies vraies, périodiques, survenant à l'époque des règles, qui sont en réalité d'origine ovarienne, et pour la suppression desquelles l'ablation des ovaires est à la fois nécessaire et suffisante.

M. Monod. Je n'ai pas eu l'intention de soutenir que la castration ovarienne bien faite ne supprimait pas les règles, j'ai dit au contraire qu'en dépit de mon observation la théorie de Négrier restait pour moi entière. Et en effet, dans le cas que je vous ai communiqué, les pertes que mon opérée a eues pendant quelques mois, avec une certaine périodicité, ne sont pas, à mon avis, des règles véritables. Ce sont des écoulements d'origine utérine que la castration ne parvient pas toujours à suspendre.

Je suis donc, au fond, d'accord avec M. Championnière et M. Terrier ; avec eux je distingue les écoulements menstruels et les hémorrhagies utérines, les premiers seuls pouvant être à coup sûr arrêtés par l'ablation complète des deux ovaires. Je conteste seulement qu'il suffise, pour expliquer les secondes, de les attribuer à quelques débris, restants d'ovaires.

Je suis aussi fort loin de nier l'utilité de la castration ovarienne dans le traitement des fibromes utérins, puisque dans mon observation, bien que l'écoulement sanguin utérin n'ait pas été complètement supprimé, les hémorrhagies graves ont été du moins arrêtées, et que mon opérée est revenue à un excellent état de santé.

Au sujet des difficultés que peut présenter l'ablation complète des ovaires, je ne puis m'empêcher de me demander si mes collègues ne les ont pas un peu exagérées. Je vois en effet dans la statistique d'Hegar que, sur 71 cas empruntés à divers observateurs, 49 fois il y a eu suppression complète de tout écoulement sanguin, 19 fois persistance d'hémorrhagies plus ou moins régulières, probablement d'origine utérine, et n'impliquant nullement

un oubli opératoire ; 3 fois seulement persistance des règles, ne pouvant s'expliquer que par une castration incomplète. S'il est réellement si difficile de faire une castration complète, la faute devrait être plus souvent commise.

M. Bouilly. J'ai pratiqué huit fois l'ablation des annexes de l'utérus chez des femmes atteintes de fibromes; mais, pour ne pas compliquer la question, je ne m'occuperai aujourd'hui que des cas où cette ablation a été faite pour remédier aux accidents causés par le fibrome et dans lesquels les annexes — trompe et ovaire — étaient *saines* ou supposées *saines*. Une autre série, que je laisse aujourd'hui de côté, comprend des cas dans lesquels, au contraire, en coïncidence avec le fibrome utérin, existe une lésion plus ou moins avancée des annexes, lésion décelée par l'examen clinique et à laquelle s'adresse surtout l'intervention. Je m'empresse, du reste, de dire que dans ces cas les lésions des annexes semblent avoir une influence fâcheuse sur les accidents déterminés par les fibromes, et que ces accidents ne sont jamais plus prononcés et plus redoutables que si ces lésions coexistent.

J'abandonne cette partie du sujet pour m'en occuper à un autre moment; les éléments dans ce cas sont trop nombreux pour qu'on puisse en tirer une exacte appréciation de la valeur de l'ablation des annexes dans le traitement des fibromes.

Les cinq cas qui font l'objet de cette communication concernent : 1° quatre femmes sujettes à des hémorrhagies anciennes, abondantes et devenues menaçantes pour leur vie; 2° une femme ne perdant du sang qu'en proportion modérée, mais arrêtée tout à fait dans son travail par le développement rapide de sa tumeur et des douleurs abdominales continuelles.

1° *Fibromes avec hémorrhagies.*

Les observations de ces malades peuvent se résumer de la manière suivante :

Observation I. — Femme de 43 ans, envoyée par le Dr Hutinel; cette femme a présenté des accidents abdominaux depuis plusieurs années; au moment où elle m'est adressée (18 fév. 1887), elle perd du sang depuis six mois en grande quantité et sans interruption, et, malgré un séjour de trois mois à la Pitié et des injections répétées d'ergotine, l'hémorrhagie a continué et cette femme est arrivée à un état d'anémie tout à fait inquiétant.

On lui reconnaît facilement un fibrome remontant à un travers de main au-dessus du pubis et se prolongeant à droite dans le ligament large; le col est envahi par le fibrome.

15 *mars*. Laparotomie; les annexes ne peuvent être trouvées à droite; elles sont confondues avec le fibrome infiltré dans le ligament large. A gauche, ablation d'une trompe volumineuse distendue par du sang (hémato-salpingite) et d'un ovaire ridé, d'apparence atrophique.

Obs. II. — Femme de 27 ans, négresse, grande, bien constituée, entrée à la Maternité le 9 avril 1887. Apparition d'une tuméfaction et de quelques douleurs abdominales depuis deux ans; depuis janvier 1887, augmentation du volume de l'abdomen, douleurs, amaigrissement, vomissements répétés et pertes de sang revenant avec abondance tous les quinze jours. Quand la malade se présente à nous la première fois en mars, je la trouve si faible et si anémiée que je lui conseille de rester encore quelques semaines aux environs de Paris sans entrer à l'hôpital.

La tumeur remonte jusqu'à l'ombilic et est développée comme un utérus à six mois de grossesse; elle remplit la partie supérieure du vagin et bombe fortement dans le cul-de-sac postérieur; le col est repoussé en avant et difficile à sentir derrière la symphyse.

Cette malade est gardée pendant deux mois dans le service. Malgré des injections très chaudes et des piqûres d'ergotine, les époques menstruelles sont très abondantes et très prolongées, et il y a un suintement sanguin presque continuel dans leur intervalle. A chaque menstruation le fibrome augmente manifestement de volume ; il dépasse alors l'ombilic de deux travers de doigt, pour revenir ensuite à un travers de doigt au-dessous de ce point.

29 *mai* 1887. Laparotomie ; ablation facile et rapide des annexes des deux côtés, ovaires et trompes. Toutes ces parties paraissent absolument saines.

Obs. III. — Femme de 50 ans, vierge, adressée par le Dr Hutinel. Depuis 1876, règles très abondantes, ayant depuis 1882 pris le caractère de véritables pertes, avec coliques, expulsion de caillots, nécessité de fréquents séjours au lit. Depuis mai 1887, l'état est devenu tout à fait inquiétant; les règles reviennent tous les quinze jours et durent dix jours; l'affaiblissement devient tel que la malade garde le lit presque constamment, et subit à chaque instant des défaillances et des syncopes.

La malade entre à l'hôpital de la Maternité le 21 septembre 1887, et le 24 elle a une perte abondante qui se prolonge jusqu'au 28 malgré tous les moyens mis en œuvre. La malade est exsangue; léger œdème des membres inférieurs.

Sa tumeur est un fibrome utérin qui remonte jusqu'à 25 centimètres et demi au-dessous de l'ombilic, présente 14 centimètres dans sa plus grande largeur et remplit presque toute l'excavation. Pendant l'époque menstruelle à laquelle nous assistons, le fibrome est revenu un peu plus volumineux et surtout beaucoup plus douloureux; le moindre attouchement de l'abdomen, surtout sur les régions latérales, arrache des cris à la malade, du reste très nerveuse et très plaignante.

J'avais vu cette malade six mois auparavant et j'avais espéré que la ménopause mettrait fin aux accidents; mais, depuis cette époque, la situation était devenue tellement menaçante qu'il n'y avait plus à reculer.

29 *septembre*. Laparotomie; extirpation difficile des annexes des deux côtés. L'ovaire et la trompe sont, des deux côtés, situés en arrière de la tumeur et difficile à trouver et à amener à l'extérieur. La tumeur elle-même est immobile et ne peut tourner sur son axe; elle est enclavée au niveau du détroit supérieur et plonge dans l'excavation.

Les annexes enlevées paraissent saines; on ne constate qu'un petit kyste de l'ovaire droit, du volume d'une noisette.

Obs. IV. — Femme de 44 ans. Cliente du Dr Labadie-Lagrave. Règles toujours très abondantes; mais, depuis quatre ans, les pertes sont tellement considérables et répétées, et s'accompagnent de tranchées utérines si violentes que la malade est réduite au degré le plus avancé d'anémie qu'on puisse concevoir et doit garder le lit d'une façon permanente ou à peu près. Les hémorrhagies reviennent tous les vingt-huit jours et durent douze à quatorze jours; à chaque fois, il y a des caillots expulsés, gros comme une tête de fœtus, au milieu de douleurs atroces. L'existence paraît prochainement menacée, malgré les soins excellents qui ont été donnés à cette malade depuis quatre ans, et le bien-être dont elle jouit; elle a conscience qu'elle ne résisterait pas à une nouvelle perte.

L'utérus est volumineux, sans donner l'idée bien nette d'une tumeur; il est gros et bosselé dans sa paroi antérieure; la sonde utérine indique une cavité de 9 centimètres. La palpation abdominale est très douloureuse dans la région des annexes, surtout à droite. Le ventre est presque constamment sensible.

3 *mai* 1878. Laparotomie. Ablation des annexes des deux côtés; les ovaires et la trompe sont maintenus par des fausses membranes péritonéales faciles à déchirer. A droite, l'ovaire est très rouge, très congestionné à sa périphérie et entouré de toute part par des adhérences péritonéales peu résistantes.

2° *Fibrome douloureux, à développement rapide.*

Obs. V. — Femme de 38 ans, ayant découvert une tumeur dans son côté gauche, il y a deux ans; elle n'a jamais eu que trois pertes de sang abondantes, en 1886. La tumeur augmente sensiblement à chaque époque menstruelle, pour diminuer ensuite; à ce moment, il y a de la dysurie.

Mais les phénomènes les plus pénibles sont des douleurs de ventre et de reins continuelles et jusque dans la cuisse pendant la marche; depuis six mois, il y a un amaigrissement progressif avec affaiblissement général et perte de l'appétit; la malade, qui est domestique, est devenue incapable de travailler.

La tumeur abdominale présente environ le développement d'un uté-

rus à quatre mois et demi de grossesse; elle s'élève à 14 centimètres au-dessus du bord supérieur du pubis et mesure 16 centimètres transversalement.

Le col est très volumineux, surtout dans sa partie antérieure; le fibrome se prolonge dans le cul-de-sac latéral gauche et s'infiltre peut-être dans le ligament large gauche correspondant.

2 *août* 1887. Laparotomie. Ablation rapide des annexes des deux côtés; à droite, ces parties sont un peu plus difficiles à trouver à cause de leur situation sur la paroi postéro-latérale de l'utérus. Les ovaires présentent une quantité de petits kystes dont quelques-uns se rompent pendant l'opération.

Il me reste à indiquer les *résultats immédiats et éloignés* de l'intervention dans ces divers cas.

Toutes mes malades ont guéri; la guérison opératoire a été rapide; dans les cas où la ligne de réunion ne suppure pas, les malades peuvent être considérées comme guéries au moment de l'ablation des sutures. Une des malades (obs. V), opérée le 2 août, se lève le 20 et part au Vésinet le 27 du même mois; une autre, opérée le 29 mars, se lève le 15 avril; ma dernière malade, très affaiblie et très épuisée au moment de l'intervention, opérée le 3 mai dernier, s'est levée le 27 du même mois. Les deux autres ont dû garder le lit cinq ou six semaines, soit à cause de leur faiblesse, soit à cause de la suppuration des points de suture.

Sur cinq cas, j'ai échoué, en effet, trois fois, par cette ennuyeuse complication que je crois avoir évitée maintenant par l'abandon de l'aiguille tubulée employée pour le passage des fils d'argent profonds.

Les suites immédiates de l'opération sont bénignes, malgré l'état d'épuisement dans lequel on trouve ces malades. Le maximum de la température a été de 38°,4 à 38°,8, et je n'ai observé ces derniers chiffres qu'à partir du quatrième ou du sixième jour, au moment de la suppuration de la paroi. Dans les cas où cette complication fait défaut, le maximum est 38°,1 ou 38°,2, et, dans un cas (obs. II), le thermomètre n'a jamais marqué plus de 39°,6.

Les résultats *éloignés* se réfèrent à deux ordres de faits, à savoir, la suppression des hémorrhagies et la diminution des fibromes. Dans mes cinq observations, ce résultat a été obtenu.

Les hémorrhagies graves, inquiétantes, ne se sont plus jamais reproduites, et le danger lié à leur abondance et à leur répétition a été conjuré. Ce n'est pas à dire qu'il n'y ait plus jamais eu d'écoulement sanguin par les voies génitales, mais cet écoulement s'est produit dans des conditions et avec des caractères qu'il est important de détailler.

Chez la première malade (obs. I), vingt jours après l'opération,

un petit suintement utérin se reproduisit; l'examen du col démontra la présence d'un fibrome pédiculé ayant tendance à s'engager à travers l'orifice. Le col fut incisé et je pus extraire par traction et torsion un fibrome du volume d'une mandarine. A partir de ce moment, tout fut terminé; mais la malade a conservé des règles se reproduisant à peu près tous les mois et durant à peine deux jours. Chez cette femme, les annexes du côté droit n'avaient pu être enlevées. L'opérée a repris une santé tout à fait florissante, et, ces jours derniers, elle venait m'annoncer son prochain mariage.

Dans l'observation II, même résultat au point de vue de la suppression hémorrhagique et même conservation des époques menstruelles; les règles se montrent tous les vingt-huit jours, durant trois jours, sans aucune abondance et sans incommoder la malade, qui n'est pas même obligée de s'arrêter pendant leur durée. La santé générale est aussi bonne que possible; cette négresse présente aujourd'hui tous les attributs de la force et de la santé.

Chez la malade n° 3, le résultat immédiat fut parfait; après un léger suintement sanguin dans les jours qui suivirent l'opération, l'hémostase fut parfaite et définitive. Pendant six mois, il n'y eut pas une goutte de sang perdu, et le retour de la santé se fit d'une façon rapide. Au bout de ce temps, une hémorrhagie abondante se reproduisit, et je reconnus chez cette malade qu'un fibrome était devenu sous-muqueux, s'était engagé dans le col et avait tendance à la pédiculisation. Le col de l'utérus fut largement incisé à droite et à gauche et je pus extraire par traction et énucléation un fibrome gros comme une orange. Les jours suivants, je maintins la dilatation de l'utérus et je pus extraire une autre tumeur fibromateuse implantée près du fond de l'utérus, et du volume d'une mandarine. A partir de ce moment, tout fut terminé, et l'on put constater à la fois la suppression des hémorrhagies et la disparition de toute tumeur.

La dernière opération (3 mai 1888) est encore trop récente pour que je puisse en tirer une conclusion définitive; cependant, depuis cette époque, la date des règles est revenue (19 mai) et était attendue avec anxiété. La congestion menstruelle s'est traduite par des douleurs assez violentes, rappelant les coliques utérines éprouvées par la malade avant l'opération, et par l'apparition, pendant trois jours, de quelques taches rouillées, représentant une quantité de sang tout à fait insignifiante. Depuis ce moment, l'état général se relève rapidement, et tout nous fait prévoir un succès définitif chez cette malade, qui semblait vouée à une mort prochaine.

Enfin, chez la malade de l'observation V, les règles ont été sup-

primées d'une manière définitive et n'ont jamais refait la moindre apparition.

Du retour du sang chez deux malades (obs. I et III), faudrait-il tirer un argument contre la valeur de l'ablation des annexes dans le traitement des fibromes utérins? Nullement. A mon sens, ces nouvelles hémorrhagies, peu inquiétantes du reste, ont été liées à un accident de l'évolution des fibromes contre lequel nous ne pouvons rien pendant quelque temps; les fibromes interstitiels deviennent sous-muqueux, se pédiculisent et manifestent une tendance à l'expulsion spontanée. Cette étape du fibrome doit être surveillée et peut être décelée par le retour des hémorrhagies après l'ablation des annexes ; c'est au chirurgien à faire les explorations et les manœuvres nécessaires pour découvrir et enlever ce corps étranger dont la présence renouvelle et entretient l'hémorrhagie. A une période moins avancée, l'ablation des annexes a donné tout le résultat qu'on pouvait en obtenir ; elle ne peut pas conjurer les hémorrhagies liées à la présence d'un fibrome pédiculé et devenu polypeux; elle ne peut qu'en diminuer l'abondance. Il y a là, au point de vue des indications opératoires, des recherches préliminaires indispensables, et il sera toujours nécessaire de se rendre compte, autant que possible avant l'ablation des annexes, de la situation exacte des fibromes par rapport au tissu utérin. Mais je m'empresse d'ajouter que chez une femme perdant beaucoup de sang, épuisée par des hémorrhagies, ces manœuvres ne sont ni faciles, ni innocentes, et ne peuvent toujours fournir des renseignements précis sur le siège purement interstitiel ou à la fois interstitiel ou sous-muqueux ou inter-cavitaire du fibrome. Peut-être même, dans ces derniers cas, l'ablation des annexes peut-elle diminuer ou arrêter les hémorrhagies ; je ne suis pas en mesure de donner une affirmation à ce sujet.

A la suite de l'opération et peu de temps après, le volume des tumeurs a sensiblement diminué. Dans trois cas (obs. I, III, V), le fibrome a, pour ainsi dire, totalement disparu, et on ne peut plus trouver qu'un utérus légèrement augmenté de volume. Chez la malade à qui j'ai extrait des fibromes par la voie vaginale, on pourrait peut-être attribuer à cette ablation le retrait de l'utérus et sa diminution; mais les tumeurs que j'ai enlevées sont loin de représenter le volume que formait la tumeur primitive avant l'ablation des annexes. Chez la négresse (obs. II), la tumeur, qui était grosse comme un utérus de six mois et remontait jusqu'à l'ombilic, ne présente plus actuellement que le volume du poing; en outre, l'utérus est mobile en tous sens, tandis qu'avant l'intervention il paraissait fixe et enclavé dans le bassin.

Enfin, j'ajoute que, chez ces diverses malades, le retour à la

santé générale est tout à fait satisfaisant et que leur état actuel ne pourrait en rien faire supposer leur état misérable au moment de l'opération.

Jusqu'à nouvel ordre, je me déclare donc satisfait des résultats que j'ai obtenus. L'ablation des annexes dans le traitement des fibromes utérins me semble représenter un traitement *palliatif chirurgical* qui, dans certains cas, peut devenir définitivement *curatif*. Ses indications resteront toujours rares et ne deviendront urgentes que si les autres modes de traitement restent inefficaces; mais l'opération ne devra pas être ajournée jusqu'au moment où la malade est exsangue et devenue incapable de faire les frais de sa restauration immédiate et éloignée. L'intervention est surtout indiquée, dans les cas de fibromes interstitiels, par l'abondance et la répétition des hémorrhagies. Elle est encore indiquée, alors qu'il n'y a pas d'hémorrhagies, quand la tumeur, attentivement suivie et observée, prend un accroissement rapide, détermine des phénomènes douloureux, provoque des poussées de péritonite. On peut dire presque à coup sûr alors qu'il se fait des complications du côté des annexes. Elle devient, pour ainsi dire, la méthode de choix et de nécessité, dans les cas où le fibrome a envahi le col utérin ou les ligaments larges, quand l'utérus est fibromateux en totalité, quand il est adhérent aux organes voisins. Son ablation ne peut être faite alors qu'au prix des plus graves difficultés et des plus grands dangers. Dans ces cas, quand l'intervention opératoire s'impose, tout l'avantage reste à l'ablation des annexes, opération simple et facile, comparée à l'hystérectomie à travers un utérus volumineux infiltré de fibromes dans sa totalité et non mobilisable.

Cette opération n'est utilement applicable qu'aux fibromes de petit et de moyen volume, et, pratiquée à cette période du développement de la tumeur et en temps opportun, elle devrait faire disparaître de l'observation courante ces énormes fibromes qui sont encore le désespoir de la chirurgie. A cette période, en effet, l'ablation des annexes est inutile et ne peut plus être appliquée. Dans les cas de tumeur très volumineuse, les ovaires étalés, déplacés à la surface de la tumeur, ne peuvent être trouvés ou ne peuvent être ramenés à l'extérieur ; les manœuvres intra-abdominales sont prolongées et deviennent dangereuses. L'opération est surtout indiquée dans les circonstances où elle peut être facilement et rapidement exécutée.

Elle trouve encore sa justification dans ce fait démontré anatomiquement que, dans la plupart des cas, les annexes de l'utérus sont malades (dégénérescence kystique ou scléreuse des ovaires, dilatation des trompes par du sang ou du mucus), et que les

lésions de ces annexes semblent jouer un rôle dans la production des hémorrhagies.

Si l'ablation des annexes, *faite en temps utile*, tient dans le traitement des fibromes ce qu'elle semble promettre, l'avenir est à cette dernière opération, beaucoup plus facile et moins meurtrière que la laparo-hystérectomie.

Rapport.

Sarcome du bras. Extirpation suivie, un an après, de la désarticulation de l'épaule, par le Dr Boiteux (à Baume-les-Dames),

Rapport par M. Le Dentu.

Observation (résumée). — Femme de 62 ans. La tumeur, vue d'abord en avril 1885, puis en juin de la même année, s'étend de trois travers de doigt au-dessous du grand pectoral, à trois travers de doigt au-dessus du pli du coude. Elle siège à la partie antéro-interne du bras et paraît faire corps avec le biceps. L'extirpation peut se pratiquer le 3 juin 1885 sans autres dégâts que la section du biceps. Les vaisseaux et les nerfs peuvent être ménagés.

L'examen histologique démontre qu'il s'agit d'un sarcome vasculaire; dans certains points, existe un reticulum amorphe contenant du sang; à côté, on voit de grosses cellules à noyau en traînées fasciculées.

La guérison persiste jusqu'au 10 avril 1886. Un commencement de récidive est alors constaté dans la partie inférieure du biceps. M. Boiteux enlève cette dernière jusqu'à l'attache au radius; mais, peu de jours après, il constate une tumeur sous la cicatrice. Le 25 mai 1886, il tâche d'en faire l'extirpation; mais, comme il s'aperçoit qu'il faudrait réséquer 7 à 10 centimètres des vaisseaux huméraux, il suspend l'opération et désarticule l'épaule quatre jours après. La tumeur est diffuse. Elle englobe les vaisseaux et les nerfs du bras.

Un an après, l'opérée se présente avec une tumeur axillaire grosse comme un œuf. M. Boiteux renonce à toute nouvelle intervention.

L'idée de M. Boiteux, en nous communiquant cette observation, est d'insister sur la nécessité de pratiquer des opérations radicales d'emblée ou à la suite des récidives, lorsque la simple extirpation comporte de grands dégâts dans la région atteinte, avec des chances de récidive immédiate.

C'est, en somme, le précepte auquel obéissent tous les chirurgiens; mais comme tous ou presque tous ont vu des récidives du sarcome dans les moignons d'amputation, bien loin du siège primitif de la tumeur, l'amputation doit être préconisée surtout pour un certain nombre de cas particuliers, qui sont : les myxosar-

comes diffus, les sarcomes vasculaires, qui sont ordinairement des plus mauvais, les sarcomes qui englobent en même temps les vaisseaux et les nerfs principaux d'un membre, ceux qui adhèrent non pas seulement au périoste, mais à la substance osseuse elle-même. L'englobement des vaisseaux seuls, sans les nerfs, est loin de nécessiter toujours l'amputation. Le parti à prendre dépend évidemment de bien d'autres conditions inhérentes au volume et au siège de la tumeur. Quant à l'adhérence au périoste, elle n'est pas toujours une indication formelle à l'amputation, lorsque cette adhérence est superficielle et que le périoste se détache très facilement.

En résumé, beaucoup de sarcomes profonds rendent urgente d'emblée l'amputation du membre. La conservation de ce dernier peut, dans certains cas, être tentée, à condition qu'on ait soin de dépasser, dans l'extirpation, la capsule celluleuse du néoplasme, et qu'on ne se contente pas de l'énucléation.

Je vous propose d'adresser des remerciements à M. Boiteux et de déposer son observation dans nos Archives.

Rapport.

Trachéotomie avec chloroformisation, par M. Castex,

Rapport par M. Le Dentu.

Observation (résumée). — Malade déjà trachéotomisé en 1886, pour une laryngopathie syphilitique. Canule enlevée en janvier 1887. Le 25 avril suivant, il revient à l'Hôtel-Dieu, étouffant. M. Castex juge une nouvelle trachéotomie urgente ; il cède au désir du malade, qui demande du chloroforme. Il y avait un tirage marqué. A la troisième bouffée, le malade se redresse violemment et écarte la compresse. On continue la narcose. Le calme s'établit, mais bientôt la respiration cesse. On parvient à la ranimer, mais presque aussitôt le malade se raidit, son facies devient bleu; tandis que le pouls s'accélère beaucoup sans guère faiblir. M. Castex incise vite la trachée et place la canule.

M. Castex fait suivre l'exposé de ce fait de la réflexion suivante : « Il n'est pas douteux que dans ce cas le chloroforme a été plus nuisible qu'utile. » Cette interprétation est en réalité très attaquable. J'ai eu, cette année même, une alerte tout aussi vive, plus vive, avec un sujet à qui je faisais la laryngotomie sans chloroforme, à cause d'un cancer de l'arrière-gorge qui obstruait l'orifice supérieur du larynx. Au premier contact du couteau thermo-caus-

tique, le malade eut un spasme subit de la glotte avec asphyxie, couleur bleue de la face, dilatation instantanée des pupilles.

Rien ne prouve que la simple irritation produite sur le larynx par les premières vapeurs chloroformiques n'a pas suffi, chez l'opéré de M. Castex, pour provoquer un spasme analogue suivi d'une asphyxie instantanée.

Il n'y a pas à revenir, à propos de ce cas, sur le fond de la question. Des centaines de chloroformisations sont là pour répondre. Dans peu de temps, une thèse fera connaître le résultat des nombreux essais faits à l'hôpital Trousseau. Je crois, pour mon compte, qu'en commençant très doucement les inhalations on se met dans de bonnes conditions pour éviter ces réactions brusques, très dangereuses, quelle qu'en soit la cause.

Je propose d'envoyer des remerciements à M. Castex et de déposer son observation aux Archives.

Discussion.

M. Terrier. Je ne puis qu'appuyer ce que vient de dire M. Le Dentu sur les avantages de l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie. L'observation de M. Castex ne témoigne pas contre cette manière de voir ; elle prouve seulement que le chloroforme n'a pas suspendu les accidents d'asphyxie qui existaient chez son malade ; il ne les a pas provoqués. L'intolérance constatée par M. Castex dépend des mauvaises conditions dans lesquelles il a été obligé de faire son opération. Pour ma part, j'ai deux fois fait la trachéotomie avec chloroforme, sans accidents.

M. Segond. Je profite de l'occasion qui se présente pour dire que j'ai fait une trachéotomie chez une femme adulte pour un œdème de la glotte, en insensibilisant la région à l'aide d'une injection sous-cutanée de cocaïne. La malade m'a affirmé n'avoir absolument rien senti, depuis le moment où la pointe du bistouri a été enfoncée dans la peau, jusqu'à celui où la canule a été introduite dans la trachée.

M. Chauvel. J'ai essayé, moi aussi, le chloroforme dans la trachéotomie. Mon malade a été pris de spasmes violents ; les accidents étaient tels que j'ai dû renoncer à pousser plus loin l'expérience. Pour moi, le moyen présente plus d'inconvénients que d'avantages.

M. Schwartz. Ayant, avec l'aide de notre collègue M. Prengrueber, à pratiquer une trachéotomie chez un jeune homme de 18 ans, albuminurique, atteint d'œdème de la glotte, nous lui avons

donné du chloroforme. Nous avons constaté que la respiration devenait aussitôt plus calme.

M. Quénu. Puisque chacun apporte ici les faits de sa pratique, je tiens à dire que j'ai eu deux fois occasion de donner le chloroforme pour trachéotomies, et que je n'ai eu qu'à me féliciter d'y avoir eu recours.

M. Reclus. J'ai fait aussi deux trachéotomies avec chloroforme ; la dyspnée et le tirage par lequel elle se manifestait ont disparu presque immédiatement, dès les premières bouffées.

A propos du cas cité par M. Segond, je puis dire que j'ai très souvent fait usage des injections hypodermiques de cocaïne pour insensibiliser la région où j'allais opérer. Je compte déjà 111 opérations pratiquées à l'aide de ce moyen d'anesthésie locale ; cure radicale d'hydrocèle, castration, ablation de loupes, etc.; pour toutes les interventions de ce genre, je n'ai plus recours qu'à la cocaïne et non au chloroforme. Les résultats sont absolument remarquables, l'insensibilisation est parfaite ; jamais, malgré des doses relativement élevées de cocaïne, je n'ai observé aucun accident. Il est vrai que je n'attends jamais plus de 3 à 5 minutes pour agir, et qu'une bonne partie du liquide injecté s'écoule en dehors.

M. Herrgott. J'ai opéré, il y a 18 mois, une fistule vésico-vaginale, en insensibilisant les parties à l'aide d'une injection de cocaïne. L'avivement a pu être fait sans douleur; le passage des fils profonds a seul été senti par la malade.

M. Le Dentu. J'ai dit dans mon rapport, et je rappelle, que ces spasmes réflexes dangereux, analogues à celui qu'a observé M. Castex, peuvent être provoqués par toute irritation un peu vive des voies respiratoires.

Pour ce qui est de la question générale de l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie, si je n'y ai pas insisté davantage, c'est que je considère que c'est chose jugée. J'aurais pu, moi aussi, citer à l'appui de cette pratique plusieurs observations personnelles où je n'ai eu qu'à m'en louer. Il importe seulement, pour échapper à tout accident, de procéder très lentement aux premières inhalations ; on évitera ainsi les spasmes réflexes.

Puisqu'il a été question de l'anesthésie par la cocaïne, dont je n'avais pas à parler, je puis dire que j'ai fait un certain nombre de petites opérations après injections sous-cutanées de cette substance, et que l'anesthésie a été suffisante.

Communication.

Du traitement des luxations du coude en arrière, irréductibles et anciennes, par la rupture méthodique de l'olécrâne,

Par le Dr A. Monteils, Membre correspondant,
Chirurgien en chef de l'hôpital de Mende.

« Lorsqu'on force la flexion dans la réduction des luxations anciennes du coude, la résistance des tissus fibreux est telle parfois qu'on a brisé l'olécrâne... Au reste, il ne paraît pas que cette complication empêche le retour des mouvements. »

Ainsi s'exprime M. le professeur Malgaigne dans son traité des fractures et luxations, 2e volume, page 595.

J'ai constaté, il y a vingt-cinq ans, l'exactitude de cette assertion, et, frappé de l'excellent résultat que j'avais obtenu, j'ai utilisé, comme procédé méthodique de traitement curatif de plusieurs luxations anciennes irréductibles du coude ou d'adhérences morbides de l'olécrâne sans déplacement, un accident qui m'avait d'abord alarmé.

Observation I. — *Luxation du coude en arrière, ancienne et irréductible, datant de quatre-vingt-dix jours. Rupture de l'olécrâne. Retour des fonctions du membre.*

Virginie L..., 12 ans, fait, de la hauteur de trois mètres, une chute sur la paume de la main droite, le bras écarté du tronc, le 20 juin 1863. Impossibilité immédiate de fléchir l'avant-bras, qui reste étendu. Un rebouteur opère quelques tentatives de réduction sans résultat.

Le 20 septembre 1863, Virginie B... entre à l'hôpital de Mende, dans l'état suivant : avant-bras étendu presque en ligne droite; impossibilité de le fléchir; augmentation du diamètre antéro-postérieur du coude; saillie en arrière de l'olécrâne, dont la pointe dépasse de 2 centimètres le plan passant par l'épitrochlée et l'épicondyle; tumeur à direction transversale en avant du coude; mobilité du radius, dont on sent la cupule; mouvements de pronation et de supination étendus; absence de mouvements de latéralité du cubitus.

Diagnostic; luxation ancienne irréductible du coude en arrière.

De concert avec mon confrère le docteur Barbot, je procède à des tentatives de réduction. J'exerce d'abord des tractions en ligne droite sur l'avant-bras, le bras étant solidement maintenu. N'obtenant aucun résultat, je fais passer le coude luxé de la jeune fille autour du montant en fer du bas de son lit, lequel est arrondi et d'un très gros volume. J'ai auparavant fixé sur la partie antérieure du bras une attelle en bois, creusée en son milieu. Cette attelle s'étend du tiers supérieur du bras à l'extrémité inférieure de l'humérus. Une seconde attelle en

bois a été fixée à la partie postérieure de l'avant-bras, de la base de l'olécrâne au poignet. Ces mesures ont pour objet d'éviter, pendant la flexion, la rupture soit de l'humérus, soit des os de l'avant-bras dans leur partie moyenne. Tandis que mon confrère pousse et maintient le coude contre le montant en fer du lit dont l'attelle humérale le sépare et, avec la paume de son autre main, agit sur la pointe de l'olécrâne pour le faire descendre, j'imprime à l'avant-bras, soutenu par son attelle, un mouvement progressif et continu de flexion vers la partie interne de l'épaule du même côté. Dans ce mouvement autour du montant en fer comme axe, un craquement brusque se produit, la flexion de l'avant-bras s'opère immédiatement et je peux porter la main de la malade à son front, à la bouche et presque au contact du moignon de l'épaule du côté blessé. Le doigt glissé derrière le coude constate l'existence d'une solution de continuité entre l'olécrâne rompu à sa base et la partie supérieure du cubitus à laquelle il adhérait. Traitement : irrigation continue, flexion de l'avant-bras, repos au lit. Légère ecchymose autour du coude. Mouvements alternatifs de flexion et d'extension imprimés à l'avant-bras dès le huitième jour. Au bout de deux mois, Virginie se sert de sa main droite et de son avant-bras aussi bien que de son membre gauche; la main droite arrive à 10 centimètres du moignon de l'épaule. Départ de l'hôpital le 20 décembre 1863.

Obs. II. — *Luxation ancienne irréductible du coude gauche en arrière. Rupture de l'olécrâne. Rétablissement des fonctions du membre blessé.*

Marie B..., 34 ans, fortement musclée, entre à l'hôpital le 2 août 1866.

Le 23 mars, chute de cheval sur le coude gauche. Impossibilité de se servir de l'avant-bras, fixé dans l'extension; soins donnés par un rebouteur.

État actuel : avant-bras gauche dans l'extension, impossibilité de fléchir le coude, largeur plus grande de son diamètre transversal; saillie en arrière et en dedans de l'olécrâne, dont la pointe s'élève au-dessus du plan de jonction de l'épitrochlée et de l'épicondyle; tête du radius en arrière et en dehors à cupule bien distincte; en avant, à la partie moyenne du coude, saillie osseuse transversale sur laquelle bat fortement l'artère humérale; mouvements de supination et de pronation conservés.

Mêmes précautions et même procédé de réduction, craquements, l'avant-bras mobilisé se fléchit. L'olécrâne a été rompu à sa base ; un intervalle de 1 centimètre sépare les fragments. L'olécrâne reste immobile et étranger à tout mouvement de flexion ou d'extension de l'avant-bras. Même traitement que dans le premier cas. Ecchymose considérable occupant toute la partie postérieure du coude et la partie supérieure de l'avant-bras. A partir du huitième jour, mouvement de flexion et d'extension de plus en plus étendus, imprimés à l'avant-bras.

La malade sort le 25 août, vingt-trois jours après son entrée, et continue durant trois mois à exécuter les mêmes mouvements. Vingt-deux

ans se sont écoulés, et les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras, de pronation et de supination du radius, s'exécutent presque aussi bien dans les deux membres supérieurs; ceux-ci ont, l'un et l'autre, la même force et le même volume.

OBS. III. — *Luxation ancienne irréductible du coude droit en arrière. Rupture de l'olécrâne. Retour des mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras.*

Jeanne P..., 53 ans, entre à l'hôpital de Mende, le 17 novembre 1882. Le 3 août, elle était tombée sur le coude droit. Avant-bras étendu et ne pouvant être fléchi. Gonflement, compresses d'arnica. Huit jours après, à l'hospice de Saint-Chély, tentatives de réduction sans succès.

Cent six jours après son accident, elle est admise à l'hôpital de Mende, dans l'état suivant : membre supérieur droit rectiligne; raccourcissement de 4 centimètres; impossibilité de fléchir l'avant-bras; absence de tout mouvement de latéralité; mouvements de supination et de pronation limités et douloureux; olécrâne saillant, remonté de 3 centimètres, immobile durant les tentatives de flexion et d'extension de l'avant-bras; saillie osseuse transversale occupant le milieu du coude et se dirigeant en bas et en dehors.

Le 18 novembre, flexion de l'avant-bras en suivant le même procédé. Craquements, l'avant-bras se fléchit et la main peut être portée dans toutes les directions.

Départ de Jeanne P... de l'hôpital, le 17 décembre 1882. Quatre mois après, elle a repris son métier de lessiveuse et en remplit tous les travaux.

OBS. IV. — *Luxation du coude gauche en arrière. Rupture de l'olécrâne. Rétablissement des mouvements ralenti par une négligence calculée du blessé; plus tard, retour des mouvements.*

Étienne T..., 28 ans, entré à l'hôpital de Mende le 26 juillet 1886. Chute de cheval le 28 avril. A son entrée, quatre-vingt-neuf jours après son accident, Étienne T... est dans l'état suivant : avant-bras gauche en extension rectiligne sur le bras, flexion de l'avant-bras nulle; persistance des mouvements de pronation et de supination; olécrâne saillant en arrière, remonté de 2 centimètres; radius en arrière et en dehors, laissant distinctement toucher sa cupule; en avant, tumeur osseuse transversale au pli du coude.

Avec les mêmes précautions et par le même procédé, même résultat favorable.

OBS. V. — *Fracture par engrènement de la partie inférieure de l'humérus gauche. Soudure de l'olécrâne à la cavité olécrânienne. Extension permanente de l'avant-bras. Rupture de l'olécrâne. Retour des mouvements.*

Jean Cl..., 54 ans, entre à l'hôpital de Mende le 10 août 1887. Chute sur le coude gauche le 1er juin 1887.

A son entrée, soixante et onze jours après sa chute, Jean Cl... est dans l'état suivant : avant-bras gauche étendu, impossible à fléchir sur le bras, avec lequel il fait un angle de 120 degrés; fracturet ransversale de l'humérus par décollement de son épiphyse inférieure, facilement reconnaissable, à travers la peau, par l'existence au-dessus, de l'épicondyle et de l'épitrochlée, d'une ligne saillante dentelée, rugueuse, qui règne transversalement tout le long de l'humérus. Le corps de cet os fait en outre avec son extrémité inférieure un angle à concavité en avant. L'olécrâne est à sa place, immobile; le radius occupe ses rapports normaux. Persistance des mouvements de pronation et de supination. Absence de tumeur au pli du coude.

Diagnostic : fracture de l'épiphyse humérale inférieure avec engrènement des fragments, adhérence de l'olécrâne à l'humérus, soit par la formation de nouveaux trousseaux fibreux, soit par soudure osseuse de la cavité olécrânienne, par suite de la propagation, aux surfaces articulaires, de l'inflammation traumatique.

Rupture de l'olécrâne, comme s'il s'agissait d'une luxation du coude en arrière irréductible. Sous les efforts de flexion du coude, se produit un craquement violent. L'avant-bras se fléchit aussitôt, et la main peut être portée dans toutes les directions, au front, à la bouche, à l'épaule du côté blessé. L'olécrâne s'est fracturé et non décollé; on constate à sa base l'existence d'une rainure de près d'un centimètre de largeur.

Douloureux au début, les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras deviennent de jour en jour plus faciles et plus étendus. Mais le malade s'échappe, le douzième jour, de l'hôpital.

Les traits généraux qui caractérisent ces cinq opérations peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

L'olécrâne déplacé, dans le cas de luxation du coude en arrière, ancienne, irréductible, se fixe solidement à la partie postérieure de l'humérus à l'aide d'adhérences fibreuses d'autant plus fortes que la luxation est plus ancienne ;

La rupture de cet os dans les tentatives de réduction se produit toujours au même point, au niveau de cette section rétrécie qui précède sa soudure au cubitus, section dont la résistance est affaiblie à la fin par une largeur moindre et une moindre épaisseur de l'olécrâne dues à l'existence en ce point d'un sillon transversal creusé à ses dépens ;

La protection, avec des attelles qui les soutiennent, des os du bras et de l'avant-bras, empêche leur fracture sur tous les points autres que l'endroit désigné ;

Les déchirures vasculaires produites dans les tentatives de flexion occasionnent toujours un épanchement sanguin plus ou moins considérable ;

L'emploi persistant des mouvements de flexion et d'extension,

commencés dès le huitième jour, et continués pendant deux ou trois mois, rend à l'avant-bras, malgré l'existence de la luxation et la soudure du corps de l'olécrâne, la plus grande partie et presque la totalité de ses fonctions ;

Le corps de l'olécrâne, séparé violemment du cubitus, ne s'y rattache que par des adhérences ligamenteuses, si l'avant-bras est exercé, ainsi que le démontre l'examen de la blessée de la deuxième observation pratiqué vingt-deux ans après l'opération.

En définitive, dans les luxations anciennes et irréductibles du coude en arrière, et en cas d'adhérence osseuse de l'olécrâne à la cavité olécrânienne (Obs. V), la rupture méthodique de cet os constitue un procédé facile, efficace, sans danger, préférable aux procédés sanglants et dangereux employés dans les mêmes circonstances, tels que la section sous-cutanée des adhérences fibreuses, celle même de l'olécrâne ou l'ouverture de l'articulation huméro-cubitale et le curage de sa surface.

Lecture.

M. Nimier lit une *note sur quelques fractures expérimentales du crâne par balle de fusil Lebel*, et présente des pièces à l'appui (M. Chauvel, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,
Ch. Monod.

Séance du 6 juin 1888.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° M. Chauvel, retenu par un service militaire, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

3° M. Gérard Marchant se porte candidat à la place vacante de membre titulaire.

M. Robert, membre correspondant national, assiste à la séance.

A propos du procès-verbal.

M. Monod. J'ai eu quatre fois, cette année, occasion de me servir du chloroforme dans la trachéotomie. Deux fois, il s'est agi du même malade, sur lequel j'intervenais pour un rétrécissement du larynx; une autre fois, c'était chez un individu âgé, atteint de cancer du larynx; une dernière, pour un croup, chez un enfant. Dans aucun cas, je n'ai observé les spasmes ni les accidents de suffocation dont il a été question ici.

Je dois ajouter cependant que, chez mon second malade, la mort est survenue rapidement, le troisième jour après la trachéotomie, qui avait offert des difficultés spéciales. Après l'incision des téguments, je me suis trouvé en présence d'une ossification complète du corps thyroïde, qui m'a gêné pendant quelques instants et m'a forcé à faire porter au-dessus mon incision profonde. Les différents temps de l'opération ont été assez longs; il s'est produit un écoulement de sang assez abondant; une partie de ce sang a été aspirée, est tombée dans la trachée et n'a pu être qu'incomplètement rejetée, à cause de l'anesthésie. Sans vouloir incriminer entièrement le chloroforme, je suis porté à croire qu'il est en partie responsable de la mort de mon malade.

Chez un autre individu que j'ai eu occasion de voir accidentellement, mais qui n'a pas été opéré par moi, je sais qu'on a eu à lutter contre une difficulté du même genre, provenant de l'ossification de la trachée. L'opérateur, un de nos collègues les plus distingués, s'est vivement félicité de n'avoir pas endormi son malade; il croit, en effet, que le sang qui s'écoulait abondamment et pénétrait dans les voies aériennes aurait pu être l'origine d'accidents sérieux, si le malade n'avait pu l'expulser par des efforts de toux.

Sans donc proscrire l'emploi du chloroforme en cas semblable, je crois qu'il y aurait avantage à réveiller les malades avant la fin de l'opération, pour leur permettre de se débarrasser du sang qui encombre les voies aériennes.

M. Terrier. Je me suis trouvé dernièrement, avec notre collègue

M. Schwartz, dans des circonstances analogues à celles dont vient de parler M. Monod, et, contrairement à ce qu'il vient de dire, je me suis félicité, dans ce cas, d'avoir eu recours au chloroforme. Notre malade avait une trachée ossifiée; mais, grâce à l'anesthésie, nous pûmes, avant d'ouvrir la trachée, réaliser, sans nous presser, une hémostase absolue, de façon à prévenir tout abord de sang dans les voies respiratoires.

Je suis donc d'un avis diamétralement opposé à celui de mon collègue et ami M. Monod. Je crois que l'anesthésie rend l'opération et plus facile et moins dangereuse, car ce n'est pas la petite quantité de sang que peut fournir la section des anneaux ossifiés de la trachée qui pourra jamais faire courir un danger au malade.

Suite de la discussion sur le traitement des fibromes utérins par la castration ovarienne.

M. Polaillon. Dans le traitement chirurgical des fibromes utérins, il me paraît indispensable de distinguer ces tumeurs en deux catégories : celles qui existent sans que la cavité utérine ait augmenté de volume, et celles qui s'accompagnent d'un agrandissement de la cavité de l'utérus et d'une hypertrophie de ses parois.

Tandis que les premières ne produisent pas d'hémorrhagie, les secondes se caractérisent par l'abondance des pertes sanguines, soit pendant les règles, soit en dehors de la période menstruelle.

La castration, qui a pour but d'amener une ménopause précoce, s'adresse donc surtout aux fibromes avec hypertrophie de l'utérus et avec hémorrhagies. Elle a peu d'influence sur la tumeur fibreuse elle-même, mais elle arrête radicalement les hémorrhagies en supprimant la congestion menstruelle, en supprimant les gros vaisseaux qui se rendent à l'utérus et en produisant l'atrophie de son tissu. C'est précisément parce que l'utérus s'atrophie que l'ensemble de la tumeur diminue.

J'ai décrit (*Union médicale*, novembre 1887, p. 661) une forme de tumeur utérine constituée par l'hypertrophie totale de l'utérus, qui prend des proportions géantes. Sa cavité est, alors, dix ou vingt fois plus grande qu'à l'état normal. Sa muqueuse sécrète continuellement une grande quantité de liquide plus ou moins visqueux, et quelquefois purulent, qui épuise les malades, et, pendant les règles, l'écoulement sanguin est tout à fait en disproportion avec les forces des femmes. Cet état de l'utérus, auquel j'ai donné le nom de *gigantisme utérin*, peut être incompatible avec la vie par l'abondance des sécrétions muqueuses et celle

des pertes menstruelles, qui deviennent de redoutables hémorrhagies. Dans ces cas, la castration fait merveille. On voit les hémorrhagies s'arrêter et le gigantisme utérin subir une régression rapide. J'ai publié un exemple très frappant de guérison d'un gigantisme utérin par l'opération de la castration des deux ovaires.

Mais toutes les fois que l'hypertrophie de l'utérus s'accompagne de la présence d'un corps fibreux, la castration donne de moins bons résultats. Il est souvent difficile de trouver les ovaires sur les côtés de ce corps fibreux. Il faut manipuler la tumeur, et, quelle que soit la délicatesse qu'on y apporte, il en résulte un traumatisme fâcheux pour les suites de l'opération. En outre, pourquoi ne pas enlever cette tumeur, plutôt que de la renfermer dans le ventre, où elle peut produire de nouveaux accidents?

D'après ce que j'ai observé, sauf le cas de gigantisme utérin, je préfère l'hystérectomie abdominale à l'oophorectomie.

Cette opinion est basée sur ma pratique personnelle. Depuis une année, j'ai pratiqué trois oophorectomies pour fibromes utérins compliqués d'hémorrhagies; j'ai eu deux morts. Dans le même espace de temps, c'est-à-dire depuis un an, j'ai eu à pratiquer dix hystérectomies abdominales pour la même affection; je n'ai perdu que deux opérées. Et même l'une des deux femmes qui ont succombé était tellement affaiblie par les pertes sanguines, que son décès presque certain vient assombrir ma statistique.

Je ne partage donc pas complètement l'opinion de mes collègues sur la bénignité relative de l'oophorectomie, ni sur la grande gravité de l'hystérectomie abdominale pour fibrome.

On a dit, dans le cours de la discussion, que l'ablation du corps fibreux par la voie abdominale était souvent incomplète, et qu'on laissait souvent une partie de la tumeur. Pour ma part, je n'ai pas observé que ce fût là un grand inconvénient : la portion restante au-dessous du pédicule s'atrophie rapidement ou se mortifie, comme je l'ai vu dans un cas, et s'élimine avec le pédicule.

Quant à l'ouverture de la cavité utérine au niveau du pédicule, il n'en résulte aucun accident. J'ai toujours vu la cicatrice se faire au niveau de la plaie et fermer ce qui reste de la cavité de l'utérus.

M. Bouilly. Il me semble que nous ne pouvons laisser passer, sans quelques remarques, la communication que vient de nous faire notre honorable président. D'après lui, l'hystérectomie et l'ablation des annexes seraient deux opérations comparables, entre lesquelles on serait libre de choisir à son gré. Je suis d'un avis précisément contraire. Je crois que ces deux modes d'intervention

ont chacun leurs indications, et que l'on doit y avoir recours dans des cas absolument différents. L'hystérectomie sera préférée dans les cas de gros fibromes, qui, on l'a déjà fait remarquer, ne s'accompagnent guère d'accidents hémorrhagiques graves. A la castration appartiennent plutôt les fibromes moins volumineux, donnant souvent lieu à des écoulements sanguins abondants. En pareil cas, l'ablation des ovaires est particulièrement facile. Or, je l'ai dit et je le répète, la castration est surtout indiquée lorsqu'elle est facile. Elle sera difficile ou impossible si la tumeur est grosse ; on ne la tentera donc pas ; il faut alors ou savoir ne rien faire, s'abstenir de toute intervention, ou bien pratiquer, de parti pris, une hystérectomie abdominale.

M. Polaillon nous a dit encore qu'il n'admettait la castration que dans les cas de gigantisme utérin. Or, ce diagnostic d'utérus gigantesque est très difficile. On pourra y songer assurément lorsque l'on constate une notable augmentation de la cavité utérine ; mais ce signe, qui est en lui-même excellent, ne peut-il se rencontrer dans le cas de gros fibromes interstitiels, qui s'accompagnent parfois d'une véritable hypertrophie de l'organe ? Un meilleur caractère est la persistance d'un écoulement sanguin en dehors des règles. S'il coexiste avec une dimension exagérée de la cavité utérine, on a le droit de songer à l'utérus gigantesque sans fibrome concomitant.

Pour moi, le gigantisme utérin accompagne surtout les maladies des annexes ; c'est à propos de ces dernières et du retentissement qu'elles peuvent avoir sur l'utérus que je comptais ultérieurement vous entretenir de ces faits. Mais, puisque la question a été introduite incidemment, je vous demande la permission de vous dire ce que, d'après mon expérience, on peut attendre, en pareil cas, de la castration.

Mon premier fait est celui d'une jeune fille de 18 à 19 ans, atteinte, depuis plusieurs années, de métrorrhagies incoercibles. Je trouve chez elle, d'un côté, une tumeur fluctuante volumineuse, évidemment un kyste de l'ovaire, et, sur la ligne médiane, une autre tuméfaction, volumineuse aussi, que je pris pour un fibrome utérin. Je l'opère, j'enlève le kyste et, cela fait, je me trouve en présence d'une tumeur bien régulière, qui n'était évidemment que l'utérus développé ; sa régularité était telle, que je ne pus me défendre de croire que j'avais sous les yeux un utérus gravide, de quatre mois environ. Il me parut évident que cette jeune fille nous avait trompés, et qu'elle était enceinte. Or, elle ne l'était pas. A la suite de l'ablation de son kyste et de ses deux ovaires, l'utérus se mit à diminuer rapidement de volume ; en quelques semaines, il avait repris ses dimensions normales.

Ma seconde observation est encore celle d'une jeune femme (car, pour le dire en passant, presque tous les cas de ce genre se voient chez des sujets jeunes, de 20 à 30 ans environ). Ici encore, je portai le diagnostic de fibrome, s'accompagnant de deux petits kystes de l'ovaire, l'un à droite et l'autre à gauche; la cavité de l'utérus mesurait 12 centimètres. Le ventre ouvert et les deux kystes enlevés, je fus, comme chez ma première malade, frappé de la régularité parfaite du développement de la tumeur utérine, ce qui ne s'accordait guère avec l'idée d'un fibrome; comme dans le premier cas, du reste, l'utérus, après l'opération, diminua rapidement de volume, et les métrorrhagies disparurent.

La castration a donc, dans ces deux cas, donné un résultat parfait. Le fait valait la peine d'être signalé.

M. L. Championnière. Je serai bref, car je ne voudrais pas éterniser cette discussion. Il nous est impossible cependant de ne pas protester contre certaines assertions que vient d'émettre notre président.

Il résulterait, en effet, des documents qu'il nous a apportés, que la castration ovarienne aurait une extrême gravité. Je crois que personne n'acceptera cette manière de voir; de l'avis unanime, la castration, surtout dans les cas de corps fibreux, est une opération sans danger réel. Je ne me charge pas d'expliquer les deux cas malheureux qu'il a observés; mais il est certain qu'il s'agit là de faits exceptionnels et qui sont absolument en dehors de ce qu'enseignent toutes les statistiques publiées jusqu'ici.

Autre chose : M. Polaillon nous rapporte l'histoire de trois castrations pratiquées toutes trois chez des femmes atteintes d'utérus gigantesque, et il en conclut que l'ablation des ovaires doit être réservée aux cas de ce genre. C'est beaucoup trop restreindre les indications de la castration. L'expérience, une expérience plus longue et plus nombreuse, pourra seule, du reste, nous éclairer sur ce point.

Je puis, pour ma part, vous citer, par exemple, un fait qui établit que la suppression des ovaires peut avoir une influence favorable dans le cas de fibromes, même non inclus dans l'épaisseur de la paroi utérine.

C'était chez une femme qui portait dans l'utérus une tumeur fibreuse, ne méritant pas absolument le nom de polype, car elle n'était pas pédiculée, mais se détachant cependant assez de la paroi de l'utérus pour qu'elle pût être aperçue proéminente dans la cavité utérine. Il semblait bien que ce fût là un cas favorable à l'énucléation. Je crus cependant que cette opération pouvait être évitée et que l'ablation des ovaires suffirait. En effet, cette femme,

qui, depuis trois ans, souffrait de métrorrhagie, vit instantanément, à la suite de la castration, son écoulement sanguin se suspendre. Dans ce cas, comme dans bien d'autres, la castration a donné plus qu'on n'était en droit d'espérer.

En somme, il s'agit là d'une opération encore jeune, sur les résultats de laquelle nous ne sommes pas encore bien fixés. Les dix cas d'hystérectomie que nous apporte M. Polaillon ne témoignent pas contre elle. Il est probable, en effet, que, dans plus d'un, nous eussions préféré nous contenter de l'ablation des ovaires, et qu'à moins de risque un bon résultat eût été obtenu.

Je persiste donc à croire que la castration constitue, dans le traitement des fibromes utérins, une ressource très précieuse et infiniment moins grave que l'hystérectomie. Ses indications ne sont pas encore bien connues, et nous n'avons pas encore le droit de préciser les cas où elle doit être rejetée ou, au contraire, résolument acceptée.

M. Terrier. Je tiens à protester, moi aussi, contre les idées émises par M. Polaillon. Je ne puis admettre avec lui que l'hystérectomie abdominale ne soit pas une opération dangereuse. Je la crois, au contraire, des plus graves, et je reste certainement au-dessous de la réalité en estimant à 50 0/0 son coefficient de mortalité. J'en appelle à tous mes collègues, à leurs souvenirs, à leurs statistiques, que je leur demande d'apporter ici, comme j'apporterai la mienne.

Il ne peut être douteux un instant qu'à ce point de vue, du moins, la castration ne lui soit supérieure, à condition toutefois que les annexes ne soient pas malades. Toute la question est là. Si les annexes sont saines, peu importe que l'utérus soit gros ou petit, la castration sera une opération des plus faciles et des plus bénignes; si les annexes sont malades, l'opération sera plus grave, mais elle le sera toujours moins que l'hystérectomie abdominale.

M. Polaillon. On nous a demandé d'apporter chacun ici les faits de notre pratique. Que l'on veuille donc bien enregistrer, à côté de celles de M. Segond, les observations de M. Tillaux et les miennes. Dans celles-ci, je le répète, il s'agissait de fibromes qu'il fallait opérer. La mortalité de l'hystérectomie abdominale est, je le sais, considérable, mais non pas excessive. Cette opération n'est pas grave à ce point que l'on doive renoncer à y avoir recours, lorsqu'elle est d'ailleurs indiquée. Elle m'a paru l'être dans les cas dont je vous ai entretenus, alors que je me trouvais en présence de tumeurs volumineuses, remontant jusqu'à l'ombilic, et

pour lesquelles la castration me semblait ne pouvoir être qu'un moyen palliatif et insuffisant.

Mais, encore une fois, je ne donne ces faits qu'à titre de documents. L'avenir dira si j'ai raison, si c'est dans notre voie, celle de M. Tillaux et la mienne, ou dans la vôtre, Messieurs, qu'il convient de s'engager de plus en plus.

M. Paul Segond. En vous faisant connaître les résultats que m'a donnés la castration ovarienne dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, j'avais un double but : faire appel à votre expérience, et vous soumettre mes réflexions personnelles sur cette importante question de pratique chirurgicale. Or, je puis le dire aujourd'hui, j'ai toute la satisfaction que donne une double réussite. Les communications successives de MM. Terrier, Bouilly, Lucas-Championnière, Terrillon, Richelot, Tillaux, Monod et Polaillon ont enrichi le dossier de la castration des documents les plus précieux. Quant à mes assertions, je les ai vues sanctionnées par plusieurs d'entre vous, et surtout par MM. Terrier et Bouilly, dont l'approbation m'est, vous le comprendrez, particulièrement précieuse. Toutefois, notre entente n'a pas été, sur tous les points, unanime, et je tiens à revenir sur quelques détails du débat, soit pour les résumer et les mettre au point, si je puis ainsi dire, soit pour discuter certaines objections qui me semblent contestables.

Tout d'abord, il me semble urgent de ramener la question à son point de départ, et de ne pas compliquer nos conclusions par des considérations trop étrangères à notre sujet. Les seuls fibromes pour lesquels j'ai défendu la castration sont « les fibromes de dimension moyenne ou petite qui réclament l'intervention, non point en raison des dangers qui résultent de leur volume, mais à cause des troubles fonctionnels ou douloureux qu'ils engendrent, et particulièrement des hémorrhagies graves qu'ils provoquent ». J'ai de plus soigneusement éloigné du débat, soit les fibromes très gros, kystiques ou sous-séreux pédiculés, pour lesquels l'ablation transpéritonéale est la seule intervention acceptable, soit encore les fibromes dont il est possible ou nécessaire de pratiquer l'ablation par la voie vaginale.

Dans ces conditions, je n'ai pas à répondre aux remarques très judicieuses d'ailleurs que M. Richelot nous a faites sur les avantages de l'hystérectomie vaginale dans la cure de certains fibromes. Cette opération est parfaite dans certains cas déterminés, je ne l'ignore pas, mais elle trop étrangère à notre débat pour que je m'arrête à la discussion de ses indications. La même réflexion s'applique aux détails que nous a fournis M. Polaillon sur le gigantisme utérin et sur le meilleur traitement qui lui convient. La

question offre sans doute le plus vif intérêt, mais elle n'a rien à voir avec le traitement des fibromes utérins par la castration, et nous n'avons pas de meilleures raisons pour étudier ici les effets de la castration dans le gigantisme utérin, que pour discuter, par exemple, les avantages de la même opération dans l'endométrite hémorrhagique.

Les remarques de M. Lucas-Championnière sur le traitement des très gros fibromes sont à leur tour assez éloignées de notre sujet. Toutefois, je tiens à relever, pour l'approuver entièrement, l'opinion de notre collègue sur la gravité particulière de l'hystérectomie abdominale. Je sais bien que cette opération peut, dans certaines conditions, donner des résultats encourageants. Ainsi, pour n'emprunter à ma pratique personnelle que les observations comparables, soit par le nombre ou les connexions des tumeurs, soit par le procédé opératoire adopté, je puis vous citer le relevé de six amputations supra-vaginales que j'ai pratiquées pour enlever d'énormes fibromes. Trois fois j'ai réduit le moignon utérin, après l'avoir suturé à la manière de Schrœder; trois fois, j'ai fixé le pédicule à la partie inférieure de la plaie abdominale. Les trois premières opérations m'ont donné une guérison et deux morts. Les trois opérées, pour lesquelles j'ai adopté le traitement extra-péritonéal du pédicule, ont merveilleusement guéri.

Sans être aussi brillante que celle de M. Tillaux, cette statistique reste satisfaisante. Mais je n'en suis pas moins convaincu de la haute gravité de l'ablation des gros fibromes par voie transpéritonéale, et si j'insiste à mon tour sur ce fait, c'est que je tiens à protester avec énergie contre cette assertion de M. Polaillon, que la castration est plus grave que l'hystérectomie. Une castration trop laborieuse est à la vérité plus grave qu'une hystérectomie facile, j'ai pris soin de le spécifier dans ma première communication; mais, dans les conditions habituelles et toutes choses égales d'ailleurs, il en est tout autrement. La castration, lorsqu'elle est d'exécution relativement simple, est incomparablement plus bénigne que l'hystérectomie la moins périlleuse. Le fait est hors de toute contestation.

Ces premières considérations étant admises, j'en arrive aux points essentiels de notre discussion. Les quelques dissidences sur lesquelles je dois m'expliquer portent sur un certain nombre de *détails opératoires*, sur la *valeur* de l'opération et sur ses *indications*. Je vais donc envisager successivement les trois côtés de la question.

A propos de la pratique même de l'opération, MM. Terrier, Lucas-Championnière et Richelot ont appelé notre attention sur la valeur des ligatures atrophiantes, sur le meilleur mode de suture

abdominale et sur les précautions à prendre pour éviter la désunion mécanique et secondaire de la cicatrice, accident sérieux dont nous avons donné, M. Terrier et moi, trois exemples.

Les ligatures atrophiantes proposées par M. Terrier constituent très probablement un expédient opératoire de grande valeur. J'ai déjà préconisé cette pratique dans mon article sur les tumeurs de l'ovaire, et je pense qu'elle est appelée à rendre les plus grands services. Par elle, nous verrons diminuer le nombre des laparotomies simplement exploratrices, et tout porte à penser que nombre de femmes, pour lesquelles nous ne pouvions rien jusqu'ici, trouveront, dans la judicieuse application des ligatures atrophiantes, des conditions indéniables de soulagement et peut-être de guérison.

A propos de la suture de la paroi abdominale, MM. Lucas-Championnière et Richelot ont vivement préconisé la suture en étages ou par couches successives. Cette complicatiou opératoire a-t-elle toute la valeur qu'on lui prête? Est-il exact que la suture isolée des diverses couches de la paroi abdominale nous donne des garanties nouvelles au point de vue de la solidité de la cicatrice ? Je ne le crois pas. En tout cas, on ne peut nier que la supériorité de la suture en étages soit encore pure question de sentiment individuel et qu'elle attende ses preuves. Pour mon compte, je trouve que la suture en masse de la paroi abdominale faite avec des fils d'argent reste, jusqu'à plus ample informé, la plus simple et la meilleure.

Les anses de fil doivent traverser la totalité de la paroi, y compris le péritoine. Bien placés, ils assurent on ne peut mieux l'adossement d'une large surface péritonéale, et la réunion qu'ils donnent me semble aussi parfaite que possible. Sans doute, il est des parois abdominales très épaisses dont les divers plans sont assez dissociés pour former sur les tranches de section des surfaces très anfractueuses dont il est délicat d'obtenir le parfait accolement. Dans ces cas, quelques sutures perdues peuvent rendre service, en assurant par exemple l'affrontement de couches musculaires qui semblent fuir sous la graisse qui les recouvre. Mais, alors même qu'il en est ainsi, je crois que les points séparés, comprenant toute l'épaisseur de la paroi, forment encore la vraie base de la suture ; les points perdus n'en sont que les perfectionnements accessoires.

Au surplus, et je tiens à le dire en terminant, je pense avec M. Terrier que le procédé de suture n'a pas, sur la solidité de la cicatrice, l'influence prépondérante qu'on se plaît à lui prêter. La constitution variable de la paroi abdominale, son épaisseur ou sa minceur, son degré de vascularisation, la vitalité parfaite ou les altérations atrophiques de ses muscles, telles sont les conditions

variées qui tiennent vraiment sous leur dépendance la qualité de la cicatrice. Quant au procédé même de la suture, il changera toujours plus ou moins avec chaque opérateur, et la seule chose importante est en somme de pratiquer la suture de la paroi abdominale avec attention, soin et scrupuleuse antisepsie.

A l'égard des précautions à prendre au moment de l'ablation des fils, je ne puis que souscrire aux règles formulées par M. Terrier. Pour éviter la désunion secondaire de la cicatrice, accident qu'il faut particulièrement redouter, lorsque l'abdomen, après laparotomie, reste habité par une tumeur plus ou moins volumineuse, la prudence exige évidemment qu'on retarde le plus possible l'ablation des fils. Toutefois, je désire insister sur la sécurité très réelle que donne la suture sèche au collodion; c'est à mon avis un excellent moyen de soutenir la cicatrice après l'ablation des fils. M. Lucas-Championnière a très sévèrement jugé cette pratique et l'accuse de provoquer des accidents suppuratifs au niveau du trajet des fils. Je suis d'un avis absolument opposé. Nombre de fois déjà, je me suis servi de la suture sèche, en ayant recours au procédé bien connu des deux carrés de tarlatane munis d'une rangée d'agrafes sur l'un de leurs bords, fixés par une couche de collodion sur les côtés de la cicatrice et reliés entre eux par un fil que l'on passe d'agrafe en agrafe, à la manière d'un lacet. Or, je n'ai jamais eu qu'à me louer de ce moyen de contention, auquel je n'ai recours, du reste, que lorsque la solidité de la réunion me paraît sujette à caution; et dire avec M. Lucas-Championnière qu'une semblable suture « ne sert qu'à empoisonner les points de suture qui restent » est, à mon sens, une exagération manifeste.

La valeur de l'opération est le deuxième point qui ait été discuté, et, sur ce chef, il me semble que la moindre équivoque ne saurait subsister. Les observations qui vous ont été communiquées par MM. Terrier, Bouilly, Lucas-Championnière et Terrillon, les faits que je vous ai moi-même relatés démontrent jusqu'à l'évidence la réalité des vertus hémostatiques et atrophiantes de la castration ovarienne chez les femmes atteintes de fibromes utérins. Toutefois, notre confiance dans la valeur curative de l'opération d'Hegar a suscité quelques restrictions. M. Tillaux, en particulier, s'est montré plus que réservé dans son jugement. Il est certainement de ceux qui pensent que les perfectionnements incessants de la myotomie transpéritonéale conduiront à restreindre de plus en plus les indications de la castration, et je dois par conséquent relever avec une grande attention ses objections.

M. Tillaux a formulé contre la castration les cinq accusations que voici : 1° L'opération, dit-il, est souvent bien difficile ; 2° elle

est impuissante contre les gros fibromes ; 3° ses prétendus succès sont trop jeunes pour que l'heure soit venue de les considérer comme définitifs ; 4° elle est impuissante contre les fibromes douloureux ; 5° elle aura toujours le grand tort d'être une opération incomplète et, dans la clientèle de la ville, l'éventualité d'une récidive possible peut nous faire encourir le sérieux reproche d'avoir exposé une malade aux dangers d'une opération importante, sans lui avoir offert en échange les garanties d'une guérison radicale et définitive. Venant de M. Tillaux, ces arguments prennent toute la valeur de véritables coups droits qu'il nous faut absolument parer, et je demande à mon excellent maître la permission de lui répondre en toute franchise.

Tout d'abord, je puis faire observer à M. Tillaux que nous partageons absolument son avis sur les difficultés possibles de la castration et sur son impuissance vis-à-vis des gros fibromes. Pour mon compte, je crois si bien aux difficultés possibles de la castration que je les ai rangées parmi ses contre-indications les plus formelles. La castration sera facile ou ne sera pas, c'est chose entendue. Quant aux gros fibromes, j'ai pris le soin de bien dire que leur ablation transpéritonéale était la seule intervention acceptable.

Je souscris de même à la troisième objection. Il est parfaitement exact que nos opérations n'ont pas encore un âge qui nous permette d'être trop affirmatifs sur la qualité des résultats définitifs. Toutefois, des délais de deux ou trois ans ont bien leur importance, et, comme plusieurs de nos opérées, très bien portantes à cette heure, seraient mortes sans notre intervention, il me semble que nous avons, d'ores et déjà, plus d'une raison légitime pour nous féliciter de nos résultats.

Si je me suis bien expliqué, on peut voir que ces premières objections ne portent aucune atteinte à nos assertions ; à plusieurs égards, elles ne font même que les souligner. Reprenons maintenant les deux dernières accusations de M. Tillaux. Ici la dissidence est complète, mais, bien heureusement pour notre cause, plusieurs des faits communiqués au cours de la discussion me semblent démontrer que la vérité doit rester de notre côté. En premier lieu, je ne puis admettre cette proposition que la castration est impuissante contre les fibromes douloureux, puisque j'ai moi-même pratiqué l'ablation des annexes avec succès (Obs. I et IV de ma communication) pour faire cesser des crises dysménorrhéiques horriblement douloureuses. J'arrive donc à cette conclusion que le symptôme douleur est une des meilleures indications de la castration. Quant à l'objection basée sur les reproches

que peut nous réserver l'éventualité d'une récidive, je ne la crois pas non plus très valable.

A la vérité, nos opérées et surtout les personnes de leur entourage sont parfois trop portées à juger la qualité de nos décisions avec autant d'incompétence que de conviction. Mais, à mon avis, de pareils jugements ne sauraient avoir une portée bien sérieuse. En présence d'une femme que des métrorrhagies profuses vont tuer, nous proposons et nous pratiquons une opération simple, rapide et suffisante pour donner la guérison. Nous prenons le soin d'exposer aux personnes intéressées le but et la nature de notre intervention. Qui donc oserait, dans ces conditions, nous reprocher une récidive ? Les esprits les plus rebelles ne comprendraient-ils pas que nous n'avons pas moins agi pour le mieux, et que l'impossibilité de faire plus ou l'obligation de réduire au minimum le traumatisme chirurgical nous ont seules imposé notre ligne de conduite ? Pour mon compte, la situation me paraît aussi franche que possible, et j'avoue qu'un reproche, dans les conditions précitées, me laisserait parfaitement indifférent.

Tels sont les quelques arguments que je crois pouvoir opposer aux objections de M. Tillaux. Cela fait, je m'empresse d'enregistrer la concession qu'il a bien voulu nous faire, en déclarant qu'il acceptait la castration dans le cas particulier des fibromes hémorrhagiques. M. Tillaux n'est donc pas un ennemi déclaré de l'opération d'Hegar, et c'est pour nous un appoint des plus précieux. En fin de compte, la divergence qui existe entre la pratique de M. Tillaux et la nôtre porte surtout sur ce fait, qu'en présence de tumeurs fibreuses exigeant une intervention transpéritonéale, M. Tillaux fait la laparotomie avec l'intention bien arrêtée de tout mettre en œuvre pour enlever la totalité du mal, et c'est en cas d'impossibilité matérielle qu'il se résigne à faire la castration. Or, vous le savez, la conduite que nous préconisons est très différente. Nous voulons, en effet, qu'on ouvre le ventre, sans idée préconçue, et c'est après examen direct de l'utérus et des annexes que nous nous décidons soit pour l'ablation des fibromes, soit pour la castration. Enfin, bien loin de considérer cette dernière opération comme un pis aller, nous estimons qu'elle offre au contraire, dans certains cas, toutes les garanties d'une intervention de choix.

Pour en finir avec les réflexions soulevées par l'étude de la valeur de la castration, je dois une mention particulière à l'intéressante observation communiquée par M. Monod. Si l'on en jugeait par la réplique de M. Lucas-Championnière, on pourrait croire, m'a-t-il semblé, que M. Monod accepte les idées de quelques auteurs, tels que Næegerath, Slawiansky ou de Sinety; qu'il n'admet plus

que l'ovulation soit une condition *sine quâ non* de la menstruation, et qu'il conteste en définitive les vertus hémostatiques de la castration. Or, M. Monod a pris soin de le spécifier lui-même, une telle interprétation de sa pensée serait parfaitement inexacte. Bien loin de contester l'utilité de la castration dans le traitement des fibromes, M. Monod estime, au contraire, que cette opération est pour nous une ressource précieuse, et ses convictions sont d'autant plus fermes que l'observation dont il nous a parlé est elle-même une démonstration des bienfaits de la castration.

La seule réflexion que M. Monod ait voulu mettre en lumière, c'est que, dans un certain nombre de cas, il peut se produire, à la suite de la castration, des écoulements sanguins plus ou moins réguliers, et qu'il ne suffit pas, pour les expliquer, de les attribuer à l'oubli, dans le pédicule, de quelques débris d'ovaires. Ainsi formulées, les remarques de M. Monod me paraissent inattaquables, et je ne me reconnais pas, en particulier, le droit de lui dire, comme l'ont fait MM. Lucas-Championnière et Terrier, qu'il a probablement fait une opération incomplète et que telle est la cause des écoulements sanguins secondaires observés chez son opérée. Pour la majorité des cas exceptionnels qu'on se plaît à nous opposer de temps à autre, on doit, à la vérité, raisonner ainsi. D'une manière générale, il faut, en effet, accepter les conclusions proposées par M. Terrier (*Rev. de Chir.*, 1885, p. 953), attribuer la persistance de la menstruation, après ovariotomie double, à des ablations incomplètes, et considérer la suppression du flux menstruel comme la règle à la suite de l'extirpation des deux ovaires. Mais, est-il besoin de le faire observer, M. Monod savait d'avance qu'on lui ferait cette objection, et lorsqu'un chirurgien tel que lui vient nous affirmer qu'il est sûr, absolument sûr, d'avoir fait une opération complète, nous devons le croire sans aucune espèce de restriction.

Je sais bien que, dans certains cas, il est très difficile d'apprécier sûrement le caractère incomplet ou complet d'une castration ovarienne. Mais il est beaucoup d'autres circonstances dans lesquelles les ovaires se laissent très aisément pédiculiser; on les délimite alors sans aucune hésitation, et la réalité de leur complète ablation ne peut vraiment prêter à contestation. Les affirmations catégoriques de M. Monod nous démontrent que, dans son cas, telle était bien la situation, et c'est pour cela qu'il nous est impossible d'élever le moindre doute sur le caractère radical de son intervention. Peut-être son opérée avait-elle un ovaire surnuméraire? Tout se trouverait ainsi expliqué. Mais comment vérifier semblable hypothèse? Dans l'espèce, les interprétations, quand même, ont bien peu de valeur, et j'estime, en définitive, que nous devons nous con-

tenter d'enregistrer le fait de M. Monod comme un nouvel exemple de la réelle valeur de la castration.

Quant aux écoulements sanguins qui ont persisté chez l'opérée de notre collègue, ils n'ont pas d'autre portée que celle d'une exception utile à noter. Les faits de cet ordre augmentent la précision de nos connaissances sur les suites de nos interventions; mais il est trop clair qu'ils ne sauraient atteindre nos convictions sur la réalité de la ménopause par castration et qu'ils sont, en outre, parfaitement insuffisants pour battre en brèche la solide théorie de Négrier sur les relations étroites de la menstruation et de l'ovulation.

A propos des indications de la castration, et c'est le dernier côté de notre discussion que je doive résumer, les quelques règles générales que j'avais formulées ont été, comme je vous l'ai dit, plusieurs fois confirmées. Fibromes de moyen et de petit volume, fibromes hémorrhagiques et douloureux, telles sont bien les conditions les plus favorables pour obtenir les meilleurs effets de l'ablation des annexes. En outre, MM. Terrier et Bouilly nous ont fait les remarques les plus intéressantes sur la fréquence des altérations concomitantes des annexes et sur les conditions particulières qui en résultent au point de vue de l'intervention. C'est là, certainement, un des côtés les plus importants de la question qui nous occupe, et j'accepte sans restriction les diverses considérations qui nous ont été soumises par nos deux collègues. Dans le même ordre d'idée, M. Lucas-Championnière vous a signalé ce fait que les ovaires enlevés dans un but hémostatique présentaient souvent un degré notable d'hypertrophie simple. Sur l'une de mes opérées, j'ai pu vérifier la réalité de cette observation.

Les difficultés de l'opération et l'influence qu'elles doivent exercer sur nos déterminations, lorsqu'il s'agit d'apprécier l'opportunité d'une castration, ont, à leur tour, occupé plusieurs de nos collègues, et j'ai eu la satisfaction de voir MM. Terrier et Bouilly souligner et confirmer sans restriction les quelques réflexions que je vous ai soumises à ce propos. En parlant de ces difficultés opératoires, MM. Lucas-Championnière et Terrillon ont fait observer qu'elles n'étaient pas toujours aussi invincibles qu'on le supposait à première vue, et qu'il était possible, avec de la patience et de l'adresse, de vaincre les obstacles les plus insurmontables en apparence. Je suis entièrement de leur avis, et je sais fort bien qu'avec dix doigts valides et quelques instruments il est possible de terminer les interventions intra-péritonéales les plus scabreuses. Mais la question n'est pas là, et le seul point important, c'est de bien distinguer le possible de l'indiqué. Or, je me suis justement efforcé d'élucider ce point délicat, en insistant d'une part sur les dangers

de la castration difficile et, d'autre part, sur son infériorité vis-à-vis des interventions plus radicales. Cette double considération m'a conduit à cette conclusion générale que, pour être une opération de choix, la castration doit être avant tout d'une exécution facile. La formule est encore bien vague, je le sais, mais elle n'est pas moins significative, d'autant que plus de précision ne serait guère de mise, car, on le conçoit bien, la limite qu'il faut établir entre la castration simple et la castration trop laborieuse restera toujours une question d'appréciation individuelle.

Au surplus, il est un fait général qui ressort nettement de cette discussion, et sur lequel j'ai moi-même insisté. Je veux parler des réserves que nous devons garder dans l'appréciation des indications d'une opération que nous commençons à connaître sans doute, mais qui réclame encore de nouvelles recherches. Bref, plusieurs d'entre nous l'ont spécifié, l'heure des jugements absolus n'est pas encore venue. Aussi bien, l'insistance avec laquelle M. Lucas-Championnière nous a mis en garde contre les conclusions prématurées ou les règles formelles m'a-t-elle un peu surpris. On aurait pu croire, en l'écoutant, que nous nous étions tous entièrement départis de la prudence qu'il préconise avec tant de raison, et c'est pourquoi je désire bien rappeler toutes les précautions dont plusieurs d'entre nous se sont entourés pour ne pas exagérer la portée des enseignements qui se dégagent des faits jusqu'ici publiés.

Un dernier détail de pratique a été soulevé par MM. Terrillon et Polaillon au sujet des renseignements que nous pouvons demander à l'hystérométrie. M. Terrillon estime, vous le savez, que, lorsque la cavité utérine, dont il mesure les dimensions à l'aide d'un hystéromètre spécial, est peu ou trop agrandie, la castration devient dangereuse et doit céder le pas à l'hystérectomie. A l'appui de cette manière de voir, M. Terrillon nous a cité un fait dans lequel il s'est décidé pour l'hystérectomie et non pour la castration, en se basant sur les résultats de l'hystérométrie. Bien lui en a pris, car l'un des fibromes était en voie de ramollissement, et la femme aurait certainement succombé, s'il s'était contenté de lui pratiquer l'ablation des ovaires. Cette observation est sans doute très instructive, mais elle ne suffit pas à démontrer la valeur significative des renseignements fournis par l'hystéromètre. En tout cas, nous aurions, sans le secours de cet instrument, très certainement suivi la même conduite que M. Terrillon, car, après ouverture du ventre, nous aurions examiné l'état de la tumeur et constaté de visu les lésions qui contre-indiquaient la castration.

Mais je ne veux pas insister davantage. Quel que soit l'intérêt des remarques de M. Terrillon, la question qu'elles visent n'en

reste pas moins toute entière à l'étude. Les faits relatés par M. Polaillon en fourniraient, au besoin, la preuve. M. Polaillon a, lui aussi, demandé des indications opératoires au degré d'accroissement de la cavité utérine, soit en cas de tumeurs fibreuses, soit en cas de gigantisme utérin, et vous avez pu vous convaincre que plusieurs de ses conclusions étaient en contradiction avec celles que nous a proposées M. Terrillon.

En ce qui me concerne, je ne puis apporter que peu de faits susceptibles d'infirmer ou de confirmer les assertions de MM. Terrillon et Polaillon. Cependant, je tiens à dire que le cathétérisme de la cavité utérine, en cas de tumeurs fibreuses, n'est pas toujours fort aisé. Dans un certain nombre d'hystérectomies pratiquées pour enlever de volumineux fibromes, j'ai plusieurs fois constaté que l'hystérométrie m'avait fourni des renseignements inexacts. Il est enfin une disposition particulière sur laquelle j'attire votre attention, et qui, malgré sa rareté, n'est pas moins utile à connaître, car elle peut, à l'occasion, apporter de sérieux obstacles à la pénétration des instruments explorateurs. Je veux parler des adhérences qui unissent parfois deux points opposés de la muqueuse, et qui semblent succéder aux ulcérations provoquées par les fibromes sous-jacents. Sur un assez grand nombre de pièces que j'ai eu l'occasion de préparer ou d'examiner pendant mon internat, j'ai vu deux exemples de ces sortes de symphyses partielles, et l'on devine les difficultés que pourrait offrir le cathétérisme utérin dans les cas de ce genre.

En terminant ce résumé général de notre discussion sur la castration ovarienne dans le traitement des fibromes, je tiens à observer que la majorité de nos dissidences portent seulement sur des questions de détail. Quant aux faits généraux dès maintenant acquis, ils restent bien tels que je les ai développés dans ma communication première.

La valeur curative de la castration ovarienne n'est plus à démontrer, et les grands services qu'elle est appelée à rendre dans le traitement des fibromes ne sont plus un instant contestables. Dans certains cas rares, mais indéniables, on doit la considérer comme une méthode de choix, et, bien que la détermination de ses indications, très imparfaite encore, doive rester l'objectif essentiel de nos recherches ultérieures, plusieurs côtés de la question n'en sont pas moins dès maintenant élucidés. La castration ovarienne convient surtout aux fibromes de dimension moyenne ou petite, qui réclament l'intervention à cause des troubles fonctionnels ou douloureux qu'ils engendrent, et particulièrement des hémorrhagies qu'ils provoquent.

Ceci n'est, bien entendu, qu'un aperçu très général des indica-

tions de l'opération, et c'est à l'avenir qu'il est réservé de mieux préciser les indications de son opportunité dans tel ou tel cas particulier. Toutefois, parmi les considérations variées dont il faut tenir compte dans la solution de cette importante question, il en est une dont la grande importance est dès maintenant démontrée ; je veux parler des indications tirées de l'état des ovaires et des difficultés matérielles de leur ablation dans certains cas. C'est là, suivant M. Terrier, le nœud de la question, et je ne pouvais souhaiter à mes idées personnelles sur ce point une confirmation plus décisive.

Présentation de malade.

Amputation sus-condylienne de la cuisse avec conservation de la rotule.

M. Monod présente un malade auquel il a pratiqué l'amputation de cuisse immédiatement au-dessus des condyles avec conservation de la rotule, et suture de celle-ci à la surface de section du fémur (opération de Gritti).

Discussion.

M. Lucas-Championnière. Il s'agit de savoir si ce malade pourra marcher sur son moignon. Tout l'intérêt de l'opération de Gritti est là.

Présentations de malades et d'instruments.

M. Tuffier présente deux enfants atteints de *migration tardive des testicules*, chez lesquels il a maintenu la glande dans les bourses à l'aide d'un fil de catgut, après avoir provoqué la descente par des manipulations (M. Lucas-Championnière, rapporteur).

M. Lebec présente le moule d'un *pied bot guéri par l'ablation de l'astragale et du scaphoïde* (M. Schwartz, rapporteur).

M. Delorme présente un nouveau modèle de *pince tire-balles* adapté à la forme des balles du fusil Lebel.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,
Ch. Monod.

Paris. — Société d'imp. PAUL DUPONT (Cl.) 43.7.88. *Le Gérant :* G. MASSON.

Séance du 13 juin 1888.

Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Œdème suffocant du larynx*, par le Dr ONDET, médecin-major (Commissaire : M. Chauvel);

3° *Anévrysme d'une artère temporale profonde* par le Dr PEREIRA GUIMARAES, de Rio-de-Janeiro (Commissaire : M. Kirmisson);

4° *Impuissance congénitale guérie par l'opération d'un varicocèle*, par le Dr JASMIN (Commissaire : M. Segond);

5° *Collection des anciens alchimistes grecs*, par M. BERTHELOT, 2e livraison. Don de M. le ministre de l'instruction publique;

6° *Mémoires des concours et des savants étrangers*, par l'Académie de médecine de Belgique, 3e fascicule du tome VIII;

7° *Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies épigastriques*, par le Dr CH. LE PAGE (Concours du prix Duval pour 1888);

8° *De la perfectibilité du sens chromatique dans l'espèce humaine*, par le Dr DENEFFE, professeur à l'Université de Gand;

9° *The ischiatic crutch or the orthopedic treatment of paralysis of the anterior muscles of thigh*, par le Dr JUDSON (de New-York) (Ext. du *N. Y. med. Rec.*, 1888, p. 118).

Rapport

Sur une observation communiquée par M. le professeur van ITERSON (de Leyde), intitulée : *Ostéosarcome de l'humérus; amputation interscapulo-thoracique : guérison.*

Rapport par M. PAUL BERGER.

M. le professeur van Iterson vous a communiqué, il y a quelques

mois, l'observation suivante, qu'en raison de sa brièveté et de son intérêt, je reproduis ici dans les termes mêmes où elle m'a été adressée.

Un journalier de 49 ans, sans antécédents morbides, entre à l'hôpital de Leyde dans le service de M. van Iterson, le 21 août 1887. Il prétend avoir souffert de douleurs dans le bras droit depuis trois ans et demi; ce n'est néanmoins que depuis trois mois qu'il s'est aperçu d'un gonflement de l'épaule. L'état général est satisfaisant; l'épaule est le siège d'une tumeur dont la circonférence au niveau de l'aisselle mesure 50 centimètres. A la région deltoïdienne se voit une ulcération végétante correspondant à une incision qui a été pratiquée et qui n'a donné que du sang. La peau, bleuâtre, est adhérente à la tumeur jusque près de l'acromion. Celle-ci se perd dans les régions sus et sous-épineuses. La pression du doigt provoque en maint endroit la sensation de crépitation parcheminée; en d'autres, on perçoit une fluctuation assez nette; le pouls radial est plus faible du côté malade que du côté sain.

Diagnostic.—Ostéo-sarcome d'origine centrale, adhérant à la peau et ayant envahi les parties molles au-dessus de l'articulation scapulo-humérale.

L'amputation interscapulo-thoracique est décidée et pratiquée le 26 août, exactement suivant les règles données par M. Paul Berger dans sa monographie sur cette opération. Les incisions cutanées peuvent être conduites partout dans la peau saine.

Après la résection de la partie moyenne de la clavicule et du muscle sous-claviculaire, l'index gauche saisit d'un coup l'artère scapulaire supérieure, les veines qui l'accompagnent et le muscle omo-hyoïdien. Ce dernier est abandonné, et les vaisseaux sont pris entre deux ligatures et coupés. Avec un coup de ciseau, le périoste de la clavicule et l'aponévrose clavi-pectorale sont divisés sur 1 centimètre de haut en bas, et l'artère et la veine sous-clavières sont facilement accessibles et divisées entre deux ligatures. Lors de la séparation du membre, de ses attaches musculaires avec le tronc, plusieurs vaisseaux donnèrent du sang, mais ils purent être pris de suite avec des pinces hémostatiques. La libération de l'omoplate s'effectua rapidement, les vaisseaux scapulaires postérieurs étant pris entre les doigts d'un aide au moment où le bistouri allait contourner l'angle supérieur et interne de l'os.

Après hémostase complète, la plaie fut saupoudrée d'iodoforme. Les lambeaux cutanés s'adaptaient exactement. Trois drains, suture entrecoupée sur tout le trajet; pansement à la gaze phéniquée et à la ouate salicylée.

Les suites furent des plus simples : la température la plus élevée fut observée au bout de vingt-quatre heures; elle était de 38°,2. Le premier pansement fut changé le 7 septembre. La réunion immédiate était partout achevée; toutes les sutures furent enlevées; les drains furent raccourcis. Le 14 septembre, on supprima les drains, et peu de jours après, la guérison était complète.

L'examen de la pièce a confirmé le diagnostic. La partie supérieure de l'humérus, sur une longueur de deux à trois travers de doigt, était séparée du reste de l'os par la néoplasie qui avait envahi cette extrémité, et qui s'étendait jusqu'au cartilage diarthrodial aminci, mais non perforé.

M. le professeur van Iterson a tenu à m'envoyer des nouvelles de son opéré. Le 4 mai, il lui écrivait pour lui demander de faire constater son état par un médecin. M. le Dr Hennes, du Helder, où l'opéré habite actuellement, a pu constater l'excellent état de la cicatrice et l'absence de récidive, près de huit mois après l'opération pratiquée. M. van Iterson vous envoie les deux photographies ci-jointes, représentant son opéré trois semaines après l'amputation, et vous pouvez juger ainsi par vous-mêmes de l'excellence du résultat obtenu. Vous remarquerez sur ces figures les traces des sutures qui sont encore visibles, le recouvrement parfait de la solution de continuité et aussi un commencement d'inflexion du tronc du côté sain, inflexion consécutive due au poids du membre restant et sur laquelle M. Bérenger-Féraud a particulièrement insisté. Je ne sais d'ailleurs si notre honoré confrère a fait porter à son opéré un membre prothétique.

Je me félicite d'avoir à vous communiquer ce beau succès, et je suis heureux de constater qu'il vérifie une fois encore le jugement favorable que j'ai porté sur l'amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc. Dans les cas analogues à celui qui vient de vous être communiqué, dans les tumeurs malignes de l'extrémité supérieure de l'humérus commençant à envahir les muscles scapulaires, je suis convaincu que cette opération est la seule ressource qui permette d'éviter les récidives, bien supérieure en cela à l'amputation du membre dans l'articulation scapulo-humérale dont elle n'excède guère le degré de gravité.

Relativement au procédé opératoire, l'observation de M. van Iterson confirme les règles que M. Farabeuf et moi nous tracées avec une minutieuse exactitude. En s'y conformant dans les limites du possible, on arrivera certainement à reconnaître que l'amputation interscapulo-thoracique est une opération facile et peu dangereuse par elle-même. J'ai pu tout récemment encore m'en assurer au cours même d'une opération de cette nature que M. Perier a pratiquée devant moi sur une vieille femme, dans les plus détestables conditions d'état général d'ailleurs, pour une brûlure étendue et des plus profondes du membre supérieur et de la région scapulaire.

Je joins à cette observation celle de M. Jeannel à l'occasion de laquelle je vous ai présenté un rapport dans la séance du 7 juillet

de l'année dernière et qui, par suite d'une omission, n'a pas été insérée dans nos bulletins.

Arrachement du bras gauche dévoré par un lion. Amputation inter-scapulo-thoracique. Mort, par le Dr Jeannel (de Toulouse).

Le 24 mai 1887, à 8 heures 1/2 du soir, je fus appelé à l'hôpital de Toulouse pour y voir le sieur B..., dont le bras gauche venait d'être arraché par un lion.

Cet homme, âgé de 26 ans, vigoureux, avait été blessé dans les circonstances suivantes :

Ayant passé le bras entre les barreaux de la cage pour caresser l'animal, celui-ci bondit sur la main, la saisit, et tirant, en s'arc-boutant sur le bord de la cage, il attira l'avant-bras, le coude et le bras qu'il déglutit en totalité.

L'arrachement se produisit par le mécanisme suivant : La peau se déchira circulairement, suivant une ligne passant par le sommet de l'acromion et descendant en avant et en arrière, vers la limite externe de la tache poilue de l'aisselle. Une fois la peau déchirée, les muscles se rompirent, se peignant en minces lanières à travers les dents, puis l'humérus, saisi en son milieu, glissa entre les dents jusqu'au point où il s'élargit pour former l'articulation du coude. Il fut alors arrêté, puis brisé net par un vigoureux coup de mâchoire de l'animal. Hémorrhagie à peu près nulle.

Je vis le blessé environ une heure après la blessure.

Il souffrait, était excité, d'une pâleur extrême; il avait le nez froid, mais la langue chaude, le pouls rapide, mais bien senti. T. 37°.

Le moignon laissé par l'arrachement du bras était informe. La peau déchirée en avant, en dehors et en arrière, formait sur la face interne du bras un lambeau décollé, terminé par trois bandelettes flottantes. Ce qui en subsiste est bleuâtre, décollé en avant du grand pectoral et dans l'aisselle, sur une surface de la largeur de la main, adhérent en haut et en arrière. Le deltoïde et les muscles du bras sont arrachés. Il n'en subsiste que des lanières flottantes autour de l'humérus dénudé, à partir de son milieu jusqu'au point sectionné. La section osseuse est nette. Les muscles postérieurs ne semblent pas déchirés; le grand dorsal semble intact, mais il est sensible au toucher; quant au grand pectoral, il est le siège de déchirures nombreuses et profondes, d'où résulte une tuméfaction de la paroi thoracique antérieure. Il est probable que son tendon a été accroché par les dents du lion. D'ailleurs, le moignon ne saigne que peu; pas de jet artériel. Je cherche l'artère et ne la trouve pas ; je ne vois même pas le paquet nerveux.

L'hésitation n'est pas possible; c'est à l'amputation interscapulo-thoracique qu'il faut avoir recours. Mais il est nuit, je suis fort mal éclairé, je n'ai point d'aide; force est de remettre l'intervention au lendemain matin. Je me borne donc à laver soigneusement le moignon avec de l'eau phéniquée à 5 0/0, puis je l'enveloppe dans un pansement composé de poudre d'iodoforme, de gaze iodoformée et de ouate

de bois au sublimé, fortement serré avec des bandes de toile, de façon à assurer l'hémostase. Ce pansement soulagea beaucoup le blessé qui, surveillé de près pendant la nuit, fut chauffé et tonifié.

25 *mai*. Rien ne saigna pendant la nuit; douleurs extrêmement vives, abattement. Le gonflement de la région pectorale s'était accentué, il s'était formé là deux poches gazeuses dans la masse musculaire. En pressant, suivant la direction des fibres du muscle, on faisait couler par la plaie une sérosité roussâtre, infecte, mêlée de bulles de gaz. T. 38°,7.

Opération à 9 heures et demie du matin. — Précautions antiseptiques aussi sévères que jamais. Large irrigation, avec de l'eau phéniquée à 5 0/0, sous la peau qui recouvre le grand pectoral, de façon à vider et à désinfecter les foyers putrides qui me paraissent particulièrement menaçants; je passe ensuite à l'amputation, en suivant d'aussi près que possible le procédé de Berger et Farabeuf.

Je lave la plaie avec une solution phéniquée à 5 0/0 et je touche au chlorure de zinc à 1/20 toutes les anfractuosités musculaires ecchymosées et infiltrés et, en particulier, toute la poche laissée par l'excision du grand pectoral. Une contr'ouverture pratiquée au-dessous du bord inférieur du grand dorsal permet de glisser un drain dans la gouttière qui existe entre le tronçon de ce muscle et le thorax. Ce drain remonte jusqu'à la partie supérieure de la plaie, couché dans le sinus de l'angle formé par le lambeau postérieur et la paroi thoracique. Deux bouts de drains sont en outre placés dans l'angle inférieur de la plaie; un autre en haut sous le trapèze.

La plaie est réunie par quelques points de suture au crin de Florence très espacés. En haut et en bas, les lambeaux s'accolent et se réunissent sans traction. Au milieu, je laisse sans réunion un espace grand comme deux pièces de cent sous, dont la suture exigerait une traction sur les lambeaux. Pansement iodoformé, doublé d'ouate de bois au sublimé et d'ouate ordinaire, maintenu par un bandage de corps. L'opération a duré en tout une heure et demie. La majorité du temps fut absorbée par les manœuvres d'hémostase préalable.

60 à 80 grammes d'iodoforme furent employés.

Sept injections d'éther furent successivement pratiquées pendant l'opération. Réveil difficile, pouls faible et respiration rapide. Pourtant c'est tout au plus si 200 grammes de sang furent perdus pendant l'opération et autant avant.

L'opéré fut frictionné et réchauffé sur la table d'opération; il y fut laissé jusqu'à midi et demi. Mais bientôt la respiration redevint rapide et irrégulière, l'opéré s'agita et mourut en se tournant dans son lit, deux heures et demie après l'opération.

Je vis le cadavre à cinq heures du soir. Il n'y avait pas d'hémorrhagie; mais toute la poche pectorale était infiltrée de gaz et de liquides infectes qui s'écoulaient par la contr'ouverture mammaire et par la portion de la plaie laissée béante. Toute la peau des lambeaux avait une teinte violacée.

Il est évident que, si le blessé avait résisté au double choc du trauma accidentel et opératoire, il eût été fortement menacé par la septicémie. Or, le choc du trauma accidentel, pour violent qu'il ait été, avait été, en somme, vaillamment supporté et, quant à l'opération elle-même, aucun incident, aucune perte de sang notable ne l'a compliquée. Je crois donc que le double traumatisme infligé à mon blessé ne saurait être considéré comme la cause directe et réelle de la mort rapide qui l'a enlevé ; ou plus exactement, je crois que cette mort rapide ne fut pas survenue sans l'intervention d'un troisième facteur. J'ai, en effet, la conviction qu'une septicémie gangréneuse était déjà en évolution, lorsque j'ai opéré ; j'en vois la preuve d'abord dans l'élévation rapide de la température qui, déjà douze heures seulement après l'accident, avait atteint 38°,7, c'est-à-dire tout près de 39°, ensuite dans le développement si prompt de ces foyers gangréneux et gazeux infiltrant le grand pectoral et lui donnant cette odeur fade et cet aspect si caractéristique de viande macérée dans l'eau putride. Or, c'est là, je pense, le facteur principal qui a déterminé la mort rapide et je suis convaincu que, si les circonstances avaient été telles qu'il m'eût été matériellement possible d'opérer immédiatement après la blessure, j'aurais eu les meilleurs chances de conserver mon amputé.

Quoi qu'il en soit, je trouve ici une confirmation de l'opinion que j'ai formulée ailleurs [*La gangrène qui septicémie et la septicémie qui gangrène* (*Revue médicale de Toulouse*, 15 octobre 1886)] « en face de la septicémie foudroyante, amputer ou réamputer, c'est hâter la mort. » Pouvais-je cependant ici attendre, pouvais-je me borner à lutter contre la septicémie par des pansements et des lavages ? évidemment non, car aucun moignon dans l'état où était celui de mon blessé, et une septicémie en évolution, une hémorrhagie était inévitable à brève échéance et, d'autre part, les lambeaux musculaires sans vie, qui constituaient le moignon, étaient une proie trop facile pour la putréfaction, pour qu'il ne soit pas indispensable de les supprimer à tout prix et le plus rapidement possible.

Quant à l'amputation interscapulo-thoracique elle-même, considérée purement au point de vue de la médecine opératoire, je déclare n'avoir eu qu'à me louer d'avoir suivi d'aussi près que possible le procédé de Berger-Farabeuf. Conduite de la sorte, c'est une opération simple et relativement facile.

La recherche des vaisseaux sous-claviers ne m'a pas présenté de difficultés particulières, bien qu'elle ait cependant absorbé la majorité du temps demandé pour toute l'opération.

Rapport

Sur les communications de M. le Dr Rohmer (de Nancy), intitulées : 1° *Kyste hydatique de la face inférieure du foie ayant envahi toute la cavité abdominale ; ouverture large au bistouri, suppuration, guérison en deux mois ;* 2° *de la cystotomie sus-pubienne dans le cours de l'hypertrophie de la prostate ;* 3° *de la suture primo-secondaire des plaies.*

Rapport par M. Paul Berger.

M. le Dr Rohmer, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, vous a adressé plusieurs communications dont j'ai à vous rendre compte.

La première et la plus ancienne en date est l'observation d'une femme qui, depuis trois ans, avait vu se produire un énorme gonflement du ventre, gonflement dû à la présence d'une tumeur liquide s'étendant du rebord des côtes aux fosses iliaques, de telle sorte que les connexions originelles de la tumeur et son point de départ ne purent être exactement précisés. Une ponction ayant permis de retirer, avec un peu de liquide purulent, les débris d'une hydatide, le diagnostic de kyste hydatique du foie fut posé et M. Rohmer procéda, dans le plus bref délai, à l'extirpation de la tumeur ; mais, après l'incision de la paroi abdominale, le kyste présenta des adhérences tellement intimes et anciennes avec cette dernière, qu'il fallut renoncer à les détacher, et que l'opérateur dut se borner à fendre largement le kyste, d'où sortirent 4 à 500 vésicules hydatiques et à le drainer. Malgré l'immensité de la cavité ainsi ouverte, grâce à des précautions antiseptiques bien prises, il n'y eut ni infection, ni réaction fébrile ; la cavité revint rapidement sur elle-même, et, deux mois après, elle admettait à peine 20 grammes de liquide ; l'état de l'opérée était excellent.

On ne saurait qu'approuver la conduite suivie en pareil cas par M. Rohmer, auquel nos collègues, MM. Gross et Weiss, de Nancy, avaient prêté leur concours. Les adhérences pariétales du kyste ne permettant pas son énucléation, l'incision antiseptique large de la cavité pathologique était le seul parti à prendre. On voit qu'elle a été couronnée de succès.

Dans sa seconde communication, M. Rohmer discute les indications de la cystotomie sus-pubienne dans les cas d'hypertrophie infranchissable de la prostate. Il rappelle que cette opération a été préconisée, puis pratiquée la première fois, dans les cas

de ce genre, par Sédillot, en 1868, puis par notre collègue, M. Eugène Bœckel (de Strasbourg), en 1870. M. Rohmer rapporte un succès qu'il a dû à cette opération, chez un homme de 68 ans, porteur d'une énorme prostate, et qui, à la suite d'incidents divers, cathétérismes répétés, fausses routes, avait fini par devenir insondable. Trois jours de suite, on avait dû avoir recours à la ponction aspiratrice de la vessie quand M. Rohmer se décida à pratiquer la taille sus-pubienne et à placer une sonde dans l'urèthre par cathétérisme rétrograde. Celle-ci ne put être supportée et dut être enlevée ; mais M. Rohmer parvint à empêcher l'incision hypogastrique de se fermer en y maintenant une canule, assez semblable à une canule à trachéotomie, par laquelle le malade continua à évacuer ses urines, leur cours normal ne s'étant pas rétabli.

M. Rohmer, dans les considérations dont il accompagne cette observation, se montre partisan de la taille hypogastrique qu'il trouve préférable, dans les cas de ce genre, à la ponction sus-pubienne, suivie de l'établissement d'une sonde à demeure dans l'orifice de la ponction, telle que l'a préconisée sir Henry Thompson. Ces conclusions sont parfaitement justes, et nous savons que la cystotomie sus-pubienne trouve actuellement des indications de plus en plus larges, en dehors de la lithiase vésicale, dans les cas d'obstacles absolus apportés au cathétérisme, soit par l'hypertrophie de la prostate, soit par des rétrécissements infranchissables de l'urèthre, de même que dans les cystites douloureuses et dans les néoplasies vésicales.

Il est un côté par lequel cette opération, lorsqu'elle est motivée par un obstacle prostatique, se rapproche de celle que l'on pratique pour les cystites douloureuses : c'est la nécessité de créer une fistule hypogastrique permanente, permettant la libre évacuation de la vessie et les lavages faciles de sa cavité pendant un temps souvent illimité. M. Rohmer a eu recours, pour assurer ce résultat, à l'emploi d'une canule métallique qui permettait de recueillir l'urine dans un urinal, au moyen d'un tube dont elle était pourvue. Je crois qu'il serait bon, en outre, pour éviter la rétraction cicatricielle si rapide de la plaie vésicale, d'adopter, en pareille circonstance, le procédé que M. Guyon préconise pour les cystites douloureuses : de fixer les bords de l'incision vésicale aux lèvres de l'incision cutanée. Cette manœuvre supplémentaire très simple transformerait la plaie opératoire en une fistule ostiale qui aurait moins de tendance à revenir sur elle-même, et ne supporterait que mieux l'application d'un appareil destiné à recevoir l'urine.

M. Rohmer exprime, en terminant, l'espoir que l'obstacle au cours de l'urine lui-même pourra bénéficier de la voie artificielle

créée par la cystotomie sus-pubienne, voie par laquelle un libre accès est ouvert vers le col de la vessie, ce qui pourrait permettre de modifier, par une intervention directe, les conditions défavorables que l'augmentation de volume de la prostate oppose au fonctionnement normal de l'appareil urinaire. C'est un espoir qu'il est légitime de conserver pour certains cas exceptionnels, mais auquel feront généralement renoncer l'ancienneté, la complexité, l'étendue des lésions qui accompagnent la dysurie liée à l'hypertrophie prostatique, lorsque la cystotomie sus-pubienne en est la dernière ressource.

La troisième et la plus importante des communications de M. le Dr Rohmer est un véritable mémoire sur un mode particulier de réunion des plaies à la suite des opérations, mode auquel il donne le nom de *réunion primo-secondaire des plaies.*

Ainsi que le fait remarquer l'auteur, ce procédé de réunion n'est autre, à part quelques modifications sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure, que celui qu'a préconisé Kocher (de Berne) [1] dès 1882. Il a pour but d'obtenir la réunion immédiate, c'est-à-dire sans suppuration, en évitant le drainage, et pour principe essentiel le fait de ne serrer les sutures qui ont été passées au travers de la plaie à la fin de l'opération, qu'au bout d'un temps suffisant pour qu'il n'y ait plus de suintement à sa surface, et, par conséquent, plus de menace d'accumulation des liquides dans sa profondeur; douze, vingt-quatre, quarante-huit heures parfois sont nécessaires pour que l'on puisse, en renouvelant le premier pansement, fermer, en serrant les sutures, les plaies qu'on a laissées béantes après l'opération, et c'est pour cela que M. Rohmer propose de donner, à cette réunion en deux temps, le nom de suture primo-secondaire.

M. Rohmer fait d'ailleurs remarquer, avec juste raison, que le procédé de réunion de Kocher n'est pas nouveau; qu'il aurait été inventé, parfaitement décrit et mis en pratique par Jobert (de Lamballe) [2] avant 1864; mais l'idéal que s'était proposé ce chirurgien, la réunion sans suppuration, exigeait des conditions multiples que la méthode antiseptique seule a pu réaliser. C'est grâce à cette dernière que Kocher a pu reprendre et faire fructifier l'innovation proposée par Jobert et, depuis lors, tombée dans l'oubli.

Voici comment M. Rohmer décrit lui-même la technique du mode de réunion qu'il soumet à votre examen :

« L'opération terminée sous le couvert des précautions antiseptiques ordinaires, avec l'acide phénique ou le sublimé, je sau-

[1] *Sammlung klinischer Vortræge.* Leipzig, 1882.
[2] *De la réunion en chirurgie.* Paris, J.-B. Baillière, 1864, p. 89 et 103.

poudre les lèvres de la plaie avec une très légère couche de poudre fine d'iodoforme, et, dans le fond de la plaie, je place une éponge bien aseptique, destinée à absorber le sang, et, d'autre part, à exercer une certaine pression sur les surfaces afin d'arrêter l'hémorrhagie. Je passe alors les fils à suturer et, tout autour de la plaie, je place de grosses éponges sur lesquelles j'exerce, à l'aide de coton et de bandes, une exacte compression; de la sorte, l'hémostase est parfaite. »

Au bout de douze, ou plus souvent de vingt-quatre heures, M. Rohmer enlève le pansement, supprime l'éponge qu'il avait placée dans la plaie, et réunit les lèvres de cette dernière en serrant les sutures. Mais, comme l'ablation de l'éponge, incrustée en quelque sorte dans les surfaces traumatiques, donnait lieu souvent à un certain degré de saignement, il a pris le parti d'interposer entre elle et la plaie une couche de silk qui prévient cette adhérence.

La seule différence qui existe entre la manière de faire de Kocher et celle de M. Rohmer consiste en ce que le chirurgien de Berne se sert exclusivement, pour irriguer la plaie, d'une solution de sous-nitrate de bismuth, dont il vante les propriétés hémostatiques et antiseptiques, et que M. Rohmer a recours aux autres antiseptiques d'un usage commun, sublimé, acide phénique, iodoforme.

Quels sont donc les résultats que M. Rohmer a obtenu en pansant les opérés par cette méthode?

Il vous communique l'histoire détaillée de 12 opérations qu'il a pratiquées à la clinique chirurgicale de Nancy, arthrotomie, arthrectomie, amputations, ablations de tumeurs, sutures de la rotule, sutures nerveuses, énucléation de l'œil, etc... Tous les opérés en question ont guéri, et presque tous sans suppuration. Chez six d'entre eux pourtant sont survenus quelques incidents qui ont parfois compliqué et retardé la guérison. Dans un cas (obs. IX), il y eut un peu de désunion à la suite de l'ablation des fils : dans un autre (obs. II), il y eut un peu de suintement par les angles de la plaie. Dans deux d'entre eux (obs. VII et XI), il fallut décoller les adhésions qui s'étaient produites pour donner issue à la sérosité sanguinolente qui s'était accumulée derrière la réunion. Dans un cas (obs. V), il fallut ouvrir un abcès qui s'était formé dans la plaie; il est vrai qu'il s'agissait d'une arthrotomie pratiquée pour une arthrite suppurée du genou. Enfin une fois (obs. X) survint un érysipèle qui remit tout en question.

On voit que, si ces résultats sont bons dans leur ensemble, ils ne l'emportent pas sur ceux que l'on obtient, avec les précautions antiseptiques ordinaires, par la réunion immédiate obtenue à l'aide de la suture primitive associée au drainage. L'accumulation de

liquide derrière la ligne de réunion a même été observée avec une certaine fréquence (4 cas sur 12) et cet accident, léger d'ailleurs, est bien à imputer à la pratique suivie par Kocher et par M. Rohmer, puisque le drainage de la plaie, quand il est fait avec soin, permet de l'éviter d'une manière presque certaine.

Puisque la suture primo-secondaire, préconisée par M. Rohmer, ne l'emporte pas sensiblement, par ses résultats, sur la réunion primitive avec drainage, il nous faut discuter les avantages et les inconvénients que présentent l'un et l'autre mode de traitement pour les mettre en balance.

Le seul avantage évident de la suture primo-secondaire est d'éviter le drainage ; et cet avantage est plus apparent que réel. Les tubes à drainage, choisis avec soin, bien aseptiques et placés aux endroits convenables, évitent, d'une manière sûre, l'accumulation des liquides dans la plaie, et ils ne favorisent nullement la suppuration. Dans les cas où le suintement que fournit la plaie se trouve tari au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, rien ne s'oppose à ce qu'on les retire, et alors la réunion par première intention ne tarde pas à se parfaire de la manière la plus complète. Dans les cas où on est obligé de les laisser un temps plus long, le suintement fourni par la surface traumatique continue à se faire, et il ne serait pas moins contre-indiqué de réunir les lèvres de la plaie dans toute leur étendue en resserrant les sutures ; c'est à cette circonstance qu'ont été dus, j'en suis convaincu, quelques-uns des incidents qui ont traversé la guérison, d'ailleurs rapide, des opérés de M. Rohmer.

En revanche, le grand inconvénient de la suture primo-secondaire, celui qui frappe les yeux au premier abord, c'est de séparer le pansement définitif de l'opération elle-même par un intervalle de plusieurs heures ou même de jours, et de contraindre le chirurgien à infliger au malade, au bout de ce temps, un complément opératoire fatigant par l'émotion qu'il lui donne, souvent douloureux et au cours duquel des incidents de diverse nature, violences et actions mécaniques fâcheuses, saignements, etc., peuvent se produire.

M. Rohmer reconnaît lui-même qu'il est un certain nombre d'opérations auxquelles ce mode de pansement ne saurait convenir ; telles sont les plaies des articulations et des régions diverses consécutives au grattage de fongosités, les ouvertures de séreuses, les plaies de la face, etc. Je serais tenté de restreindre bien davantage encore les indications de la suture primo-secondaire. La réunion immédiate avec drainage a fait ses preuves, et elle justifie tous les jours la faveur dont elle jouit depuis qu'on sait en assurer les résultats par l'observation stricte des préceptes de la méthode

antiseptique. Pourquoi chercher dans une pratique, évidemment plus compliquée, ce qu'elle nous a donné jusqu'à présent ? Je réserverais donc la réunion secondaire préconisée par M. Rohmer, pour les cas où la suture immédiate donne de moins bons résultats ; par exemple, quand des surfaces vastes et irrégulières sont le siège d'un suintement sanguin assez abondant qu'on ne peut guère arrêter que par la compression, dans certaines plaies étendues résultant de l'ablation de tumeurs par exemple. On sait combien, dans ces cas, on voit souvent le sang s'accumuler dans les anfractuosités du foyer opératoire derrière la suture, et cela malgré le drainage et la compression. Je serais assez tenté, en pareil cas, d'arrêter ce suintement par une compression temporaire, et de ne réunir la plaie que le lendemain, en serrant les sutures qui auraient été placées à la fin de l'opération.

En résumé, tout en constatant les résultats favorables obtenus par M. Rohmer, et en reconnaissant que le mode de réunion qu'il préconise peut trouver des applications utiles, je ne crois pas que, dans la majorité des cas, il y ait lieu de le préférer à la réunion par première intention avec drainage.

Discussion.

M. L.-Championnière. Parmi les divers points qu'a touchés M. Berger, et qui mériteraient tous une discussion plus approfondie, je ne veux relever que celui qu'il a lui-même traité le plus longuement, celui qui est relatif à la valeur de la réunion primo-secondaire de plaies, mise à l'épreuve par M. Rohmer.

A cette manière de faire, je fais deux objections capitales ; la première est qu'elle nécessite deux opérations au lieu d'une seule, ce qui n'est pas sans importance dans nos grands services de chirurgie si surchargés ; la seconde, qui est plus grave, c'est qu'elle impose au malade l'ennui, pour ne pas dire plus, d'avoir à subir, au lendemain d'une première épreuve, une seconde séance, avec ou sans chloroforme, pour la fermeture définitive de la plaie ; pour ma part, je répugne singulièrement à lui imposer ce renouveau de soucis et souffrances.

Il est encore une troisième raison qui m'en détournerait, et qui suffirait à elle seule, c'est que ce procédé, qui nous est présenté comme un progrès, en réalité n'en est pas un. Il n'a, à mes yeux, aucun avantage.

On veut, par là, arriver à la suppression des drains. Est-ce là vraiment une chose utile ? J'ai fait, moi aussi, des tentatives en ce sens. J'ai crû ainsi abréger la durée du temps nécessaire à la cicatrisation des plaies. Et, de fait, on obtient, il est vrai, ainsi une

guérison plus rapide pour celles où le champ opératoire est peu étendu, mais non pour les autres. Lorsque les dégâts auront été considérables, lorsqu'il aura fallu faire de larges débridements, vous ne gagnerez rien à la suppression des drains ; il y aura toujours une cicatrice jeune à protéger, des précautions à prendre ; ce qui prolongera d'autant la période des pansements nécessaires.

Si en regard de ces avantages problématiques on place le manque de sécurité que donne l'absence du drainage des plaies, les accidents sérieux qui peuvent s'ensuivre, l'hésitation sur le parti à prendre ne sera guère possible. Les résultats obtenus par M. Rohmer ne sont au reste, on en conviendra, guère encourageants.

Je ne vois donc aucune raison valable pour renoncer aux drains, précieuse soupape de sûreté, dans le pansement des grandes plaies. Dans les cas où j'ai essayé de m'en passer, je n'ai pas eu, je l'avoue, de gros ennuis, mais je n'ai retiré cependant de cette pratique aucun bénéfice réel. La cicatrice, dans certains cas dont je parlerai tout à l'heure, n'a pas été aussi belle, et parfois elle m'a paru moins solide.

Je dis plus, je ne crois pas que ce procédé qu'on nous présente comme une simplification soit, en réalité, plus simple.

Il est vrai que, depuis trois ans, j'ai apporté dans mes pansements certaines modifications que je considère comme réalisant un grand progrès. Je suis arrivé, grâce à l'emploi de l'ouate de tourbe de M. Redon, à faire des pansements excessivement rares. J'obtiens ainsi une bonne couverture de pansement, que ne m'avait fournie ni l'ouate ordinaire, ni l'ouate de bois, ni la charpie de bois, toutes substances se laissant plus ou moins traverser, et qui m'ont toutes donné des mécomptes. Avec l'ouate de tourbe, aseptique par elle-même, j'obtiens une occlusion véritable, et je n'ai pas à m'inquiéter de mes tubes. Pour une résection de genou, par exemple, je laisse le premier pansement en place pendant dix-huit, vingt, vingt-deux jours; au bout de ce temps, je le change, je retire les tubes; il n'y a de pus nulle part, et le pansement rétabli n'est levé qu'au soixantième jour. Peut-on demander mieux? Quel avantage peut-il y avoir à supprimer l'écoulement des premiers jours, puisqu'il n'a aucun effet nuisible ?

L'histoire de l'un de mes réséqués du genou est, à cet égard, particulièrement instructive. Je constatai, le lendemain de l'opération et les jours suivants, que l'écoulement sanguin post-opératoire avait été notable; non seulement les pièces du pansement, mais l'appareil plâtré, lui-même, était traversé. Je laissai cependant tout en place, et cela jusqu'au vingt-deuxième jour. A ce moment, je vis que des caillots nombreux encombraient l'appareil; mais pas

une goutte de pus, ni aucun liquide de mauvaise nature. La ouate avait formé une sorte de carapace dure, imperméable, contaminée entièrement dans ses couches extérieures, enveloppant les parties qui ne l'étaient pas.

Il y a longtemps, du reste, que Lister a fait remarquer qu'un pansement peut être septique à sa périphérie, tout en restant parfaitement aseptique au centre, à condition que l'enveloppe protectrice soit suffisamment épaisse et de bonne qualité. L'ouate de tourbe m'a paru, à ce point de vue, donner toute garantie.

J'ai étendu la manière de faire dont je viens de parler à la plupart de mes opérations; en règle générale, je n'enlève plus mes drains que très tard. Je ne fais exception que pour les petites opérations, l'ablation de petites tumeurs, par exemple, ou encore dans les ostéotomies pour genu valgum, voire même dans les fractures compliquées, lorsque j'ai la certitude d'avoir bien nettoyé le foyer; dans tous ces cas, je ne fais pas de drainage.

Dans d'autres, comme dans certaines opérations sur la face et sur les parties découvertes, alors que je tiens à avoir une cicatrice parfaite, je supprime le drain de bonne heure, dès le second jour, et les sutures dès le quatrième; dans ces conditions, la ligne de cicatrice est absolument linéaire, ce qui peut n'être pas sans importance.

Qu'importe, au contraire, ce point, dans les résections du genou et du coude, où la grande préoccupation du chirurgien doit être de laisser ses malades tranquilles le plus longtemps possible? De quel poids peut être la considération d'une cicatrice plus ou moins belle en regard de la sécurité que donne un drainage bien fait et maintenu un temps suffisant.

Je conclus donc, et je dis : la réunion primo-secondaire est une complication inutile, puisqu'elle exige une double opération, sans avantages réels ; elle augmente les charges du chirurgien et les soucis du malade; elle peut enfin ouvrir la porte à certains accidents. A ces divers titres, elle est absolument inférieure à notre manière de faire, surtout depuis que celle-ci a été, par la pratique des pansements rares, très notablement améliorée.

M. Le Dentu. Je serai très bref, car je suis absolument d'accord avec M. Championnière, et ne pourrais que répéter ce qu'il vient de nous dire.

J'ai été, *a priori*, si peu séduit par le procédé de la réunion primo-secondaire, que je n'ai jamais voulu l'employer. Ma principale raison pour le repousser est que, pour moi, l'idéal, dans toute opération, est de pouvoir en finir en une seule séance.

Pour ce qui est du drainage, j'y suis resté et y resterai fidèle.

Au reste, en le maniant bien, on arrive à des cicatrisations très rapides. En tous cas, les résultats que l'on obtient par son moyen sont excellents. Je me suis parfois servi de drains en os décalcifié, et j'ai pu, dans quelques cas heureux, tomber sur des drains de ce genre assez bien préparés, pour que le pansement n'ait pas eu besoin d'être renouvelé; mais il n'en est pas toujours ainsi.

M. Richelot. Je suis de ceux qui ont essayé de la suture primo-secondaire. Je dois dire que cette tentative m'a conduit exactement aux conclusions qui se sont imposées par le simple raisonnement à l'esprit de mes collègues.

C'était pour une amputation de l'avant-bras, donc pour une plaie petite. Je fis une hémostase qui me parut suffisante. Je passai mes fils et attendis au lendemain pour les serrer. Mais le lendemain je trouvai entre les lèvres de la plaie un épanchement sanguin qui m'empêcha de les ramener en contact. Je me trouvai donc dans les conditions d'une plaie non réunie, aseptique, il est vrai, et ne suppurant pas, mais dont la guérison fut aussi longue que si j'avais eu recours au pansement antiseptique ouvert. J'avais eu et j'avais imposé au malade, sans profit, les ennuis d'une seconde opération.

Avec M. L.-Championnière, je ne crois pas que le drainage bien fait retarde la cicatrisation; comme, d'autre part, il ne me paraît pas que le procédé de suture secondaire la hâte, je m'en tiens au pansement antiseptique ordinaire avec drainage.

M. Schwartz. La principale raison qui doit nous détourner de nous ranger à la pratique préconisée par M. Rohmer est qu'elle exige deux opérations; on multiplie donc par deux les chances d'infection pour l'opéré. On est parvenu, dès la première séance, à réaliser une asepsie absolue; mais qui peut répondre qu'il n'y aura pas, à la seconde, quelque faute ou quelque oubli? C'est une chance que j'aime mieux ne pas faire courir à mes malades.

D'ailleurs, on l'a dit, les drains ne sont pas nuisibles, et ne prolongent pas le temps nécessaire à la guérison. J'ai récemment fait une ostéotomie cunéiforme du tibia avec section du péroné; j'ai de chaque côté placé un drain gros et court; le pansement a été levé le quarantième jour; tout était cicatrisé. Peut-on avec n'importe quel procédé faire plus vite et mieux?

M. Quénu. Je voudrais dire quelques mots au sujet du drainage. Dans quelques cas, je me suis fort bien trouvé de le supprimer, il s'agissait, il est vrai, de petites opérations: ostéotomie pour genu valgum, fibromes du sein, etc. Dans d'autres, j'ai observé ce qui suit: au huitième ou neuvième jour, je lève le pansement, la réunion est complète et la guérison paraît parfaite; mais voilà qu'un

peu plus tard, au bout de deux ou trois jours, il se fait dans la plaie, fermée en apparence, un exsudat séro-sanguin ; un point fluctuant se montre dans la cicatrice, qui s'ouvre spontanément pour donner issue au liquide accumulé. Or, j'ai pu m'assurer, par l'examen microscopique de ce liquide, que l'asepsie avait été absolue et que l'incident ne pouvait être dû à quelque faute de pansement. Je me suis donc trouvé dans ces cas au même point que si j'avais placé un drain dans la plaie ; il n'y avait, par conséquent, aucun bénéfice à le supprimer.

Pour ce qui est de l'opération en deux temps, il peut y avoir parfois avantage à ne pas fermer immédiatement une plaie. J'ai donné récemment des soins à un homme qui avait reçu un éclat de fonte en plein front ; le sinus nasal était ouvert, sa paroi postérieure défoncée, la dure mère déchirée ; un fragment du corps étranger avait pénétré dans le cerveau. Je fis le nécessaire : extraction des esquilles, nettoyage de la plaie, hémostase, etc., mais, comme il ne pouvait être question d'établir en une pareille région un pansement compressif, je me contentai de bourrer la plaie de gaze iodoformée, remettant la suture au lendemain ; ce qui fut fait, et avec un plein succès.

M. Pozzi. Un seul mot, pour une question de priorité. Je demande à M. Berger si M. Rohmer a rapporté à qui de droit l'invention du procédé qu'il préconise. Je rappelle que la première idée de ce tamponnement antiseptique des plaies appartient à Bergmann. Son élève Bramann[1] a rapporté de nombreuses observations qui montrent l'utilité de cette manière de faire pour les plaies anfractueuses, celles du cou et de l'aisselle par exemple, pour celles qui résultent de l'extraction de tumeurs, de l'ablation du maxillaire supérieur, etc. Le tamponnement est hémostatique, il dure vingt-quatre heures ; il n'empêche pas la réunion primitive, qui est assurée le lendemain par la pose de sutures profondes et superficielles. Le procédé de Bergmann diffère de celui de Kocher en ceci, que celui-ci passe d'avance, le jour de l'opération, les sutures qui seront serrées le lendemain, ce qui dispense d'une seconde anesthésie. Bergmann repousse absolument cette manière de faire ; il préfère ne placer les fils que le jour où il les fixera.

Il était intéressant de rappeler que ce moyen est mis couramment en pratique, depuis cinq ans déjà, dans un grand service de chirurgie.

M. Le Dentu. Il faudrait vraiment éviter de confondre des faits qui n'ont entre eux aucune ressemblance. Quelle parité établir en

[1] *Arch. f. klin. Chir.*, t. XXXVI, p. 72.

effet entre les plaies plates, sans arrière-cavité, dans lesquelles la réunion immédiate est facile, et les plaies anfractueuses dont on vient de nous parler, qui ne sont évidemment pas susceptibles de réunion profonde ? Les indications et les possibilités sont dans les deux cas absolument différentes. J'ajoute que, même dans ceux auxquels M. Pozzi a fait allusion, je suis une pratique qui me paraît supérieure à celle qu'il a vantée. Je fais un bon tamponnement des parties profondes, et rapproche immédiatement la peau et les parties sous-cutanées par des sutures, disposées de façon que le tamponnement puisse être ultérieurement enlevé. Mon but, en agissant ainsi, est d'obtenir une cicatrice plus régulière, ce qui importe à la face, par exemple.

M. Pozzi. J'ai été mal compris. Comme mes collègues, je repousse la réunion primo-secondaire, en tant que méthode générale de pansement des plaies ; mais je la crois bonne dans les cas particuliers dont j'ai fait mention. Je répète que, par ce moyen, on peut, en faisant des sutures en étage, obtenir la réunion primitive même des parties profondes, après ablation du tamponnement hémostatique, qui ne reste que vingt-quatre heures en place.

M. L.-Championnière. Je m'associe aux observations de M. Le Dentu. La discussion, comme il arrive souvent, dévie. Il ne s'agit pas de savoir quelle sera notre conduite dans certains cas particuliers, semblables à ceux dont nous ont parlé MM. Quénu et Pozzi. Ce qui est en question, c'est un système de pansement applicable à la généralité des cas qui se rencontrent dans la pratique. C'est seulement sur ce point de conduite chirurgicale générale que nous avons été appelés à nous prononcer.

M. Berger. Je voudrais tout d'abord atténuer, dans une certaine mesure, ce que j'ai pu dire des résultats obtenus par M. Rohmer. Les accidents n'ont pas été aussi nombreux ni aussi graves qu'a paru le croire M. Championnière ; le plus souvent, tout s'est borné à l'écoulement d'un peu de sérosité ; dans un cas, il y a eu un abcès ; dans un autre, un érysipèle ; or, je ne sais quel pansement met sûrement à l'abri de cette dernière complication.

Je ferai remarquer, en second lieu, que l'écueil signalé par M. Richelot peut être évité en se conformant rigoureusement à la pratique de M. Rohmer. Ce dernier attache, en effet, une extrême importance à la réalisation d'une hémostase parfaite ; pour cela, il fait un tamponnement très exact de la plaie et exerce sur elle une compression très énergique. Kocher a aussi insisté sur ce point ; c'est pour obtenir une hémostase complète qu'il a préconisé l'emploi de la poudre de bismuth, dont M. Sée a depuis vanté les avantages.

Je n'ai rien à dire à MM. L.-Championnière, Schwartz, Le Dentu. Je suis, en effet, en parfaite conformité de vues avec eux. Je ne vois, moi non plus, aucune raison de remplacer le drainage des plaies par la réunion primo-secondaire. Comme mes collègues, j'ai renoncé aux drains pour les opérations peu considérables de la face et du cou ; mais je les conserve pour les opérations plus importantes. J'ai soin qu'ils soient bien aseptiques, et je les retire de bonne heure, ordinairement au bout de quarante-huit heures.

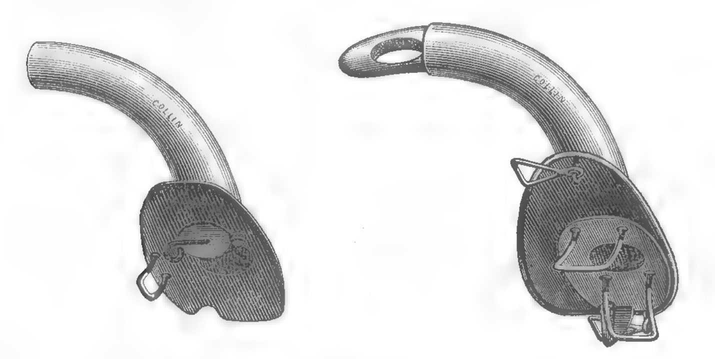
A M. Pozzi, je dirai que la priorité du procédé employé par M. Rohmer appartient à Kocher, dont le premier travail sur le sujet a paru en 1882.

Présentation d'instrument.

Canule à trachéotomie.

M. Terrier présente, au nom de M. Schwartz et à son nom, une *nouvelle canule à trachéotomie*, construite sur leur indication par M. Collin.

Le pavillon de cette canule est aussi peu élevé que possible, ce qui empêche, comme cela arrive trop souvent, qu'il ne porte soit



sur les cartilages cricoïde et thyroïde en haut, soit sur la fourchette sternale en bas.

Au lieu de se fixer en haut par le tenon mobile habituel, la canule interne est maintenue *latéralement* à gauche par ce tenon ; c'est cette disposition qui a permis de diminuer la hauteur des pavillons de la canule externe. Pour introduire la canule dans la trachée, on se sert de la canule interne construite par Krishaber. Enfin, lorsqu'on veut faire parler le malade, on abaisse sur l'orifice de la canule interne un petit opercule absolument circulaire, mobile autour d'un petit axe fixe situé sur le pavillon, en haut et

un peu en dehors, à droite de l'ouverture de la canule. Notons que, vu le petit volume de la canule externe, il est inutile de faire une ouverture dans la convexité de cette canule, l'air passant facilement entre la canule et la trachée pour arriver au larynx.

Un de mes malades porte cette canule nouvelle depuis déjà plus de huit mois, sans en être notablement incommodé.

Présentation de pièces.

Tumeur du plancher de la bouche. Cancer de l'os hyoide?

M. Le Dentu présente une *tumeur du plancher de la bouche* qu'il a enlevée, le matin même, à une femme âgée de 71 ans. Elle aurait commencé à apparaître, il y a environ un an. Ses connexions étroites avec la partie antérieure et supérieure de l'os hyoïde peuvent faire penser qu'elle s'est développée aux dépens de cet os; mais, en attendant l'examen histologique, on ne peut émettre cette opinion que sous toutes réserves. Ce qu'il y a d'intéressant à signaler dès à présent, c'est que la muqueuse buccale, celle de la langue et la peau de la région sus-hyoïdienne étaient restées tout à fait intactes. Le néoplasme a pu être énucléé. Il n'était pas confondu avec les muscles, comme le sont les tumeurs malignes. I avait envahi toute la région sus-hyoïdienne, en soulevant la langue sans l'envahir. En arrière seulement, les connexions entre cet organe et la tumeur étaient telles qué la base de la langue a été enlevée par l'anse galvanique, ainsi que les débris de l'os hyoïde.

Deux circonstances font craindre qu'il ne s'agisse d'une tumeur maligne : le rapide développement du néoplasme (un an), et l'existence d'un ganglion sterno-mastoïdien à droite, ganglion qui a été extirpé.

L'observation complète sera insérée ultérieurement dans les Bulletins.

Discussion.

M. Quénu. Je fais toute réserve sur le mot de *cancer* appliqué à une tumeur de l'os hyoïde, à moins que ce terme ne soit pris par M. Le Dentu dans le sens de tumeur maligne. Que s'il a voulu, au contraire, parler de carcinome vrai, c'est-à-dire de tumeur épithéliale, je conteste que le point de départ ait pu être dans l'os hyoïde; je pense bien plutôt que l'origine de cette production pourrait être cherchée dans les débris épithéliaux des arcs branchiaux qui existent à ce niveau chez l'embryon.

M. Kirmisson. Y a-t-il dans les commémoratifs quelque chose qui puisse faire songer à une origine congénitale ?

M. Le Dentu. Non ; ma malade avait 71 ans ; le mal avait débuté il y a un an ; elle n'en avait constaté auparavant aucune trace.

A M. Quénu, je réponds que j'ai pris, en effet, le mot cancer dans le sens de tumeur maligne, sans préjuger autrement la nature de la production, qui sera établie par le microscope. Quel que soit, du reste, le résultat que donne cet examen, il n'en reste pas moins que cette tumeur avait, avec l'os hyoïde, des connexions évidentes, et qu'à ce titre seul le cas méritait de vous être présenté.

Commission

pour l'examen des titres des candidats à la place vacante de membre titulaire.

Sont nommés : MM. Le Dentu, Kirmisson, Prengrueber.

La séance est levée à 5 heures20 minutes.

Le Secrétaire,
Ch. Monod.

Séance du 20 juin 1888.

Présidence de M. Le Dentu, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Anévrysme spontané du pli du coude chez un cardiaque albuminurique, etc.*, par le Dr Pluyette, chirurgien des hôpitaux de Marseille (commissaire : M. Terrier).

A propos du procès-verbal

Drainage des plaies.

M. Trélat. Je n'assistais pas à la dernière séance; j'ai cependant suivi avec intérêt la discussion qui s'est engagée ici sur le pansement des plaies, et, particulièrement, sur la suppression ou le maintien des drains. C'est à ce propos que je désire vous présenter de très courtes remarques.

Celui de nos collègues qui s'est le plus rapproché de ma manière de voir, à ce sujet, c'est M. Quénu. Les faits, du moins, qu'il a observés, je les ai observés moi-même, et voici comment.

Il y a longtemps que je défends cette doctrine, que les progrès de la chirurgie, en matière de traitement des plaies opératoires, visent ceci : parvenir à faire un pansement indéfiniment durable, le plus durable possible ; arriver, si faire se peut, au pansement unique. Cela n'est pas toujours réalisable ; j'estime cependant que, dans beaucoup de cas, on y peut réussir. A diverses reprises, au congrès de Copenhague, dans une communication à l'Institut, l'an dernier, j'ai montré que c'était dans ce sens que devaient être poussées nos recherches. Je disais alors qu'un pansement, pour être parfait, devait satisfaire à trois conditions fondamentales : 1° asepsie de la plaie; 2° affrontement parfait des surfaces saignantes; 3° organisation de l'écoulement des liquides que toute plaie peut fournir. J'ai, depuis, simplifié les termes du problème. Je dis, aujourd'hui, une plaie guérit à deux conditions seulement : 1° si elle est réellement aseptique; 2° si elle est bien affrontée. En d'autres termes, je marche dans cette voie, qui conduit à la suppression du drainage des plaies.

J'ajoute de suite, pour qu'on ne se méprenne pas sur ma pensée, qu'il est des cas où l'affrontement des plaies n'est pas possible, où, par conséquent, il ne peut être question de renoncer aux drains. C'est, à la connaissance de ces cas particuliers, où le rapprochement exact des parties est impossible, que nous devons, à mon sens, désormais nous appliquer. Pour moi, je crois que ces cas ne sont pas fréquents. J'ai, pour ma part, supprimé le drainage dans l'immense majorité de mes opérations : ablations de tumeurs, cures radicales de hernies, kélotomies, etc., et je déclare que, toutes les fois que les deux conditions dont je parlais tout à l'heure, asepsie de la plaie et affrontement, étaient réalisées, je n'ai compté que des succès. Si l'asepsie a été parfaite, avec un affrontement insuffisant, on observe alors les faits dont nous a parlé M. Quénu; la plaie fournit des liquides qui s'accumulent dans la profondeur.

Comme ils sont aseptiques, ils ne donnent lieu à aucune réaction locale; il n'y a pas de suppuration; mais, tôt ou tard, il faut bien qu'ils se fassent jour en dehors : ils s'évacuent d'eux-mêmes ou sont évacués à travers un point de la plaie nouvellement fermée.

M. Championnière vous a dit qu'il avait renoncé au drainage pour les petites plaies, mais qu'il le maintenait dans les grandes. Je crois que ce n'est pas ainsi que la question doit être posée; ce n'est pas l'étendue de la plaie que le chirurgien devra considérer, il s'inquiétera seulement de savoir si elle est ou non affrontable.

Et voici, en somme, à quoi m'a conduit, à cet égard, ma pratique, en ces derniers temps :

Si la plaie opératoire est contaminée en un point quelconque, si minime qu'il soit, l'échec est complet, la suppuration est totale.

Si, la plaie étant aseptique, l'affrontement cloche quelque part, il se fait une sécrétion dans la profondeur et une rétention de liquide qui s'oppose, en cet endroit, à la réunion primitive.

Si, enfin, les deux conditions que je considère comme suffisantes et nécessaires à une bonne guérison sont complètement réalisées; tous les phénomènes de la réparation s'accomplissent à coup sûr et sans aucune incertitude, et cela, quelle que soit l'étendue de la plaie.

Il m'a semblé que tel n'était pas exactement le sentiment de ceux de nos collègues qui ont pris la parole dans la dernière séance; la Société de chirurgie, tout entière, a paru plutôt favorable au maintien du drainage. Pour moi, il est des cas où l'indication de son emploi est formelle; mais, dans d'autres, non moins formelle est celle de sa suppression complète.

On peut, pour faire comprendre l'évolution qui se produira sans doute en ce sens, rappeler ce qui s'est passé pour les opérations sur l'abdomen. Tout d'abord, le drainage paraissait de règle absolue; plus tard, les uns le maintinrent, tandis que d'autres y renonçaient; aujourd'hui, enfin, on a reconnu qu'il est certaines circonstances où il répond à des indications précises et doit, en effet, être établi; en pareil cas, pas de doute possible; en tout autre, et l'on peut dire, dans le plus grand nombre, il est définitivement écarté. Il en sera de même, croyez-le bien, et dans un avenir prochain, pour les plaies en général, quel qu'en soit le siège.

M. L. Championnière. Un seul mot. Si M. Trélat avait assisté à la dernière séance, il aurait vu que la question qui a été discutée par nous n'est pas celle qu'il vient de traiter. On est venu nous parler de la réunion primo-secondaire des plaies, c'est-à-dire d'une opération en deux temps, qui conduit, il est vrai, à la suppression du drainage. Nous avons répondu que le maintien ou la suppres-

sion des drains dans une plaie n'était pas un fait d'importance telle qu'on dût, par cette seule considération, passer par-dessus les gros inconvénients du nouveau mode de pansement que l'on nous proposait. J'ai ajouté que le drainage me paraissait d'une utilité telle, donnait de telles sécurités dans le traitement des plaies opératoires que j'y restais, en ce qui me concerne, et pour ses vertus propres, absolument fidèle.

M. Trélat. Il est certain que, incidemment du moins, la question de l'opportunité du drainage a été posée devant vous dans votre dernière séance. Il en a été dit assez sur ce point pour autoriser les observations que j'ai cru devoir vous présenter.

Pour ce qui est du point central de votre discussion, de la réunion primo-secondaire des plaies, préconisée par M. Rohmer, je n'en ai rien dit, parce que je partage à cet égard l'avis de la Société ; tout en admettant qu'elle puisse être, dans certains cas, utile, je suis absolument opposé à son adoption d'une façon systématique.

Rapport.

Inversion utérine irréductible. Amputation de l'utérus par la ligature à traction élastique. Guérison, par le Dr Leprévost (du Havre).

Rapport par M. Tillaux.

L'observation de M. Leprévost peut être résumée de la façon suivante :

Femme âgée de 27 ans, accouchée pour la troisième fois le 27 septembre 1886. La délivrance tardant à se faire, la sage-femme exerça sur le cordon des tractions énergiques, qui furent suivies d'hémorrhagies si abondantes, que la malade resta plongée dans un état syncopal pendant plusieurs heures.

M. Leprévost vit la malade pour la première fois le 23 janvier 1887. Elle était pâle, amaigrie, pouvait à peine se tenir debout. Notre confrère reconnut l'existence d'une inversion utérine, et pratiqua l'amputation de l'utérus le 11 février.

Il mit rigoureusement en usage le procédé que notre collègue Périer nous a décrit et qu'il est inutile de reproduire, et obtint un résultat complet. La tige à crémaillère tomba d'elle-même au dix-huitième jour, entraînant dans l'anse du fil quelques débris sphacélés et informes. La malade sortait de l'hôpital le 23 mars complètement guérie, présentant un col utérin parfaitement revenu sur lui-même.

Ce fait de guérison d'une inversion utérine par la ligature élas-

tique est à ajouter à ceux que nous devons déjà au procédé de M. Périer, lequel jusqu'ici, je pense, n'a donné que des succès.

J'insisterai sur un détail de cette observation. M. Leprévost a exploré la réaction de la muqueuse utérine à la piqûre, au chaud, au froid, et l'a trouvée complètement insensible. Ce fait a de l'importance, si l'on se rappelle que plusieurs chirurgiens et moi-même avons insisté sur cette sensibilité, pour établir la ligne de démarcation entre un polype utérin et le corps de l'utérus en inversion. C'est donc un signe sur lequel il ne faudrait pas toujours compter.

Discussion.

M. Berger. J'ai eu l'occasion, il y a quelques années, de faire, avec mon collègue M. Ribemont, à Lourcine, des recherches sur un des points touchés par M. Tillaux dans son rapport, à savoir le degré de sensibilité de la surface interne de l'utérus et du col utérin [1]. Nous avons pu constater, au cours d'un avortement provoqué, que la surface interne de l'utérus était absolument insensible au contact, à la piqûre, au pincement, à condition toutefois que l'on n'exerçât aucun tiraillement sur l'organe, qu'on ne lui imprimât aucun mouvement de bascule ou de redressement mettant en jeu ses moyens de fixité.

Il en résulte que la notion vulgaire, d'après laquelle une femme, chez qui on a pratiqué l'avortement, a pu éprouver une sensation de piqûre, est absolument fausse. La question a été posée dans certaines affaires criminelles et doit être résolue par la négative.

M. Terrier. Je suis désolé d'avoir à exprimer un avis absolument opposé à celui de mon ami M. Berger. J'ai toujours trouvé chez mes malades l'utérus parfaitement sensible aux piqûres, aux cautérisations, au contact des sondes. Les femmes, lorsqu'on pratique le cathétérisme utérin, sentent fort bien qu'on les pique et le disent.

M. Bouilly. Il y a ici certaines distinctions à faire. Lorsque l'on touche ou lorsque l'on pique la portion de muqueuse vaginale qui recouvre le col utérin, oui, assurément, contact et piqûre sont perçus. Pour ce qui est de la muqueuse utérine, les choses se passeront différemment, suivant qu'elle sera saine ou malade. Si la muqueuse n'est pas malade, si, d'autre part, il n'y a pas de rétrécissement du col, la femme n'aura aucune conscience du

[1] Paul Berger, Des sensations perçues par les femmes pendant les manœuvres d'avortement (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1882, t. VIII, p. 321).

passage ou de l'introduction des instruments; que si, au contraire, il y a de l'endométrite, la sensibilité de la face interne de l'utérus se réveillera et pourra être notablement exagérée; les malades se plaignent souvent même beaucoup.

M. Quénu. J'ai pu très souvent constater une sensibilité très nette du corps et même du col utérin. Quant au passage de la sonde utérine, non perçu par la femme, le fait s'explique aisément; il suffit, pour cela, que l'hystéromètre franchisse la cavité cervicale sans en toucher les parois, ce qui est souvent possible. L'utérus jouit donc à l'état normal d'une certaine sensibilité, sensibilité très atténuée, il est vrai, mais indubitable.

M. Trélat. Il faut s'entendre. M. Quénu nous dit que l'utérus possède une *certaine* sensibilité; mais il parle là en physiologiste, et, pour ma part, je ne sais s'il a raison ou tort, ne m'étant jamais posé la question en ces termes. Mais ce que je sais bien, c'est qu'au point de vue pratique, les choses se passent exactement, comme l'a dit M. Bouilly. Il est des femmes, chez lesquelles l'utérus est absolument insensible; il en est d'autres, celles qui sont atteintes de métrite ou de rétrécissement du col, qui perçoivent parfaitement le contact et le passage des instruments. Cela est tellement vrai que, depuis longtemps, j'enseigne à mes élèves que toutes les fois que l'examen de l'utérus détermine de la douleur, on peut être assuré qu'il existe des lésions inflammatoires de l'organe.

Il ne faut donc pas confondre cette sensibilité pathologique, certaine, évidente, avec la sensibilité physiologique, atténuée, douteuse, dont nous a parlé M. Quénu. Celle-ci, je le répète, je ne la connais pas; je ne la nie pas cependant; je me réserve, maintenant que mon attention est attirée sur ce point, de la rechercher à mon tour.

M. L. Championnière. Je crois qu'il existe, à cet égard, de très grandes différences individuelles. Nous savons tous que les piqûres et les scarifications du col sont très diversement ressenties; certaines femmes expriment une réelle souffrance; d'autres semblent ne rien éprouver. Il en est de même dans les énucléations de fibromes; de nos opérées, les unes restent absolument insensibles, d'autres accusent une vive sensibilité. Les accoucheurs vous diront aussi qu'il existe, suivant les cas, des différences énormes dans la façon dont sont accueillies leurs manœuvres. Je trouve dans ces faits la clef des divergences qui se sont produites dans cette discussion. Il est certain, du moins, que l'on ne peut affirmer, en thèse générale, que l'utérus soit insensible.

M. Berger. J'insiste sur ce point que, dans les recherches dont

je parlais tout à l'heure, nous avons pu, d'une façon très nette, isoler les actions portant sur la muqueuse seule, de celles qui, comme le redressement ou le déplacement de l'organe, intéressaient les parties voisines. Nous avons toujours remarqué que celles-ci étaient perçues, tandis que la simple introduction d'un instrument, allant toucher ou piquer la muqueuse, ne l'était pas. Toujours est-il que nous avons pu provoquer un avortement au septième mois de la grossesse, sans que la femme ait éprouvé une sensation quelconque.

M. Kirmisson. Il est juste de rappeler que M. Guéniot, il y a plus de vingt ans déjà, a montré que la sensibilité utérine pouvait entrer en ligne de compte pour le diagnostic entre le fibrome utérin et l'utérus inversé.

M. Tillaux. C'est précisément parce que je connaissais ce moyen de diagnostic indiqué par M. Guéniot, que j'ai relevé le défaut de sensibilité de l'utérus inversé, dans le fait que nous a communiqué M. Leprévost. Pour ma part, je comptais sur la valeur de ce signe, dont j'avais dans un cas personnel, à Beaujon, vérifié l'exactitude, je vois par l'observation de M. Leprévost, et par ce qui vient d'être dit ici, qu'il ne faut pas s'y fier absolument.

Rapport.

Fistule et kyste de la région sacro-coccygienne. Extirpation. Guérison, par A. Routier, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. Delens.

Messieurs, aux communications déjà nombreuses qui vous ont été faites par M. le Dr Routier, est venue s'ajouter l'observation intéressante de *fistule et kyste de la région sacro-coccygienne* dont il vous a donné lecture dans une des dernières séances.

Avant de vous soumettre les réflexions dont l'auteur a fait précéder la relation du fait qu'il nous a communiqué, je ne crois pouvoir mieux faire que de vous en donner le résumé :

La nommée J. R... entre, en septembre 1886, à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. Routier.

Agée de 38 ans, robuste, elle paraît n'avoir pas d'antécédents pathologiques. Mais, en 1873, elle a fait une chute sur le siège et, depuis cette époque, elle a toujours souffert de cette région. Peu de jours après la chute, elle vit apparaître dans le sillon interfessier une petite

tumeur du volume d'une noix, un peu sensible à la pression et qui la gênait pour s'asseoir. Cette tumeur persista sans changement jusqu'en 1878, c'est-à-dire pendant cinq ans. Il s'y forma alors, sans cause appréciable, un abcès qui s'ouvrit spontanément et resta fistuleux pendant quelques semaines. Puis la cicatrisation se fit, sans que la tumeur eût complètement disparu.

Mais, depuis 1878, de nouveaux abcès se reproduisirent, un certain nombre de fois, au même point; ils s'ouvrirent spontanément ou furent incisés, sans que jamais la cicatrisation ait pu être définitivement obtenue, malgré les traitements divers et nombreux qui furent employés. Dans ces dernières années, une fistule à peu près permanente s'était même établie et l'on avait admis l'existence d'une affection osseuse pour laquelle des injections répétées de teinture d'iode ont été pratiquées.

Au moment où le Dr Routier vit cette malade en septembre 1886, la fistule était fermée. Dans le sillon interfessier, au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne, ou plus exactement à la limite de la fesse droite, il constata l'existence de plusieurs cicatrices. En poursuivant l'examen, il trouva, en outre, exactement dans le pli interfessier, vers la pointe du sacrum, un orifice en tout comparable à celui d'une énorme glande sébacée. Un très fin stylet put pénétrer dans cet orifice, s'enfoncer à 6 centimètres, parallèlement à la surface de la peau, et délimiter une cavité assez spacieuse. Un peu de liquide séro-sanguinolent s'écoula au moment où le stylet fut retiré.

M. Routier n'hésita pas à diagnostiquer une fistule congénitale, ou plutôt un kyste devenu fistuleux et proposa l'ablation qui fut pratiquée le 9 octobre.

Un débridement fait sur la sonde cannelée ouvrit une cavité capable de loger une pièce de 5 francs. La surface lisse et roussâtre ressemblait à une séreuse enflammée. Sur les bords de la section, on distinguait très bien la fusion du derme avec la face externe de la paroi du kyste. L'un et l'autre avaient environ 6 millimètres d'épaisseur. M. Routier fit alors la dissection de la poche dans le tissu cellulaire sous-cutané, et pour l'effectuer complètement dans les parties profondes, il dut entamer la forte aponévrose de la région, car les adhérences allaient jusqu'à la crête sacrée. La poche enlevée avait le volume d'une petite mandarine aplatie. Réunion des bords de la plaie cutanée au crin de Florence, drain.

Malgré les précautions antiseptiques et une compression méthodique, la réunion superficielle ne fut que partielle et la réunion profonde fut nulle. La peau suturée était, en effet, restée comme un pont tendu au dessus des parties profondes.

Après l'emploi de l'iodoforme sous lequel la plaie se montra stationnaire, le vin aromatique fut appliqué; la suppuration s'établit et le bourgeonnement amena une cicatrisation complète le 15 novembre.

La guérison s'était maintenue parfaite en février 1887, époque où la malade fut revue.

La pièce examinée par le Dr R. Durand-Fardel présentait sur les

coupes, « du côté de la surface qui paraissait ulcérée, des vaisseaux parallèles très nombreux et très serrés, entourés de cellules embryonnaires, le tout formant des sortes de villosités ». Ce sont là, comme le fait remarquer le Dr Durand-Fardel, les caractères d'un tissu inflammatoire banal. Mais ce résultat ne saurait surprendre, si l'on réfléchit que la poche a suppuré pendant huit ans.

Les raisons sur lesquelles s'appuie M. Routier pour admettre l'existence d'un kyste devenu fistuleux, et son origine congéniale, nous semblent assez concluantes pour que nous n'ayons aucune objection sérieuse à lui adresser. La dissection a montré, en effet, qu'il existait une poche à parois épaisses, parfaitement isolables du tissu cellulaire sous-cutané, et si l'examen histologique n'a rien révélé de spécifique dans la texture de ces parois, la longue inflammation dont elles avaient été le siège, explique suffisamment ce fait. Il y avait, en outre, une disposition spéciale de l'orifice cutané formée par l'union du derme avec les parois de la poche, et continuation du revêtement épidermique. Ce ne sont pas là les caractères d'une fistule résultant de la destruction des tissus par l'ouverture d'un abcès.

Sans doute, l'existence de ce kyste dont nous admettons la congénitalité, ne s'est révélée qu'à l'âge de 25 ans, par l'apparition de phénomènes inflammatoires, mais c'est là un fait qui n'est pas rare dans l'histoire de ces tumeurs. Nous avons, pour notre compte, observé une femme d'une trentaine d'années qui portait dans cette même région une tumeur congénitale bien autrement volumineuse, puisqu'elle était presque grosse comme le poing, et qui ne se rendit compte de son existence qu'après son mariage.

Nous ne voulons pas, d'ailleurs, aborder la question du mode de production de ces tumeurs et de ces fistules congénitales de la région sacro-coccygienne. La Société de chirurgie a eu l'occasion de s'en occuper il y a quelques années. Plusieurs thèses ont été soutenues à la Faculté de Médecine, sur ce sujet, depuis celle de Molk, en 1868, et M. Terrillon a publié dans la *Revue de Chirurgie* de 1882, p. 269, un mémoire relatif à cette question et rapporté trois observations inédites de ces fistules.

M. Routier a, dans le travail qu'il nous a soumis, sommairement rappelé ces différents travaux et indiqué les théories qui ont été successivement émises. Pour les cas analogues à celui qu'il nous a fait connaître, il se rattache à l'opinion adoptée par M. Lannelongue, d'une inclusion cutanée par adhérence anormale, au moment de l'évolution du feuillet externe du blastoderme.

Quant au traitement à suivre, qu'il s'agisse de poches kystiques ou de simples trajets fistuleux, il nous paraît que l'ablation avec

dissection complète est supérieure à tout autre. La destruction par le thermo-cautère, quelquefois employée, expose, en effet, à la récidive, certaines parties des parois pouvant échapper à l'action de l'instrument.

Nous vous proposons donc :

1° D'adresser des remerciements à M. Routier pour sa communication;

2° De déposer dans les Archives son travail dont les principaux détails sont résumés dans ce rapport.

Discussion.

M. Terrillon. Je vous ai présenté, il y a quelques années, un travail sur ces fistules congénitales de la région sacrée, semblables à celle observée par M. Routier. J'ai, depuis, eu, trois fois, occasion d'en rencontrer de nouveaux exemples. L'opinion que je me suis faite sur ces faits, et particulièrement sur le mécanisme de la suppuration qui se produit en pareil cas, diffère un peu de celle adoptée par M. Routier et M. Delens. Je ne crois pas, avec eux, qu'il s'agisse là de kystes suppurés.

Chez deux de mes malades, on trouvait au niveau du pli interfessier, en partie caché par ce pli, un orifice ou mieux un cul-de-sac dont le fond adhérait au squelette. Parfois, au lieu d'un petit cul-de-sac, on découvre un véritable entonnoir; l'orifice, étroit, conduit dans une cavité plus grande, sous-jacente. Deux fois, la cavité ayant suppuré, j'ai dû en faire l'ablation complète, ce qui m'a permis de pratiquer l'examen microscopique des parties malades. J'ai pu, de cette façon, constater que la peau du pourtour de l'orifice se poursuivait dans l'intérieur de la cavité. Cette peau, continuant à vivre, sécrète des masses épidermiques qui, s'accumulant dans la cavité, déterminent une irritation locale, qui peut aller jusqu'à la suppuration. C'est exactement la pathogénie de certaines inflammations de l'ombilic. Point n'est besoin pour rendre compte de l'incident d'invoquer l'hypothèse d'un kyste qui s'enflamme et suppure.

Cette complication inflammatoire peut très bien, au reste, faire défaut : sur un de mes malades, chez lequel elle ne s'était pas produite, je pus, avec une petite curette, extraire de la cavité des masses épidermiques anciennes, macérées, qui, à la longue, auraient pû provoquer la suppuration.

M. Peyrot. Je ne discuterai pas la pathogénie de la suppuration en pareil cas. Je me contente de dire que j'ai observé deux faits semblables à ceux de M. Routier et de M. Terrillon; j'ai pratiqué,

avec un plein succès, dans ces deux cas, l'incision et l'excision de la petite cavité.

M. Schwartz. J'ai vu également un cas de ce genre; il a fait l'objet d'une thèse soutenue par un de mes élèves, le Dr Couraud [1]. Il s'agissait d'un véritable kyste, du volume d'un œuf de pigeon.

M. Delens. Il n'y a pas, en réalité, grande différence entre l'opinion de M. Terrillon et celle exprimée par M. Routier. Celui-ci admet bien, comme notre collègue, l'existence d'un orifice fistuleux existant antérieurement aux phénomènes inflammatoires qui avaient amené la suppuration de la poche. Il donne à celle-ci le nom de kyste en raison de ses dimensions relativement considérables; elle avait, en effet, le volume d'une mandarine.

Présentation de malade.

Luxation du coude en dedans.

M. Tuilant, interne des hôpitaux, présente, au nom de M. Després, un malade déjà présenté à la Société de Chirurgie, dans la séance du 22 février dernier, et remet la note suivante :

Comme je l'avais annoncé à mes collègues, j'ai cherché à produire chez mon malade et avec l'aide du chloroforme, une luxation complète en arrière, espérant ensuite pouvoir réduire la luxation par le procédé de douceur qui, comme on le sait, réussit toujours. Quand j'ai fait cette tentative, la luxation datait d'un mois.

J'ai eu beaucoup de peine à produire cette luxation. J'ai d'abord essayé inutilement de produire la luxation, en fixant en avant le bras et l'avant-bras à une barre fixe et en soulevant le coude avec une barre de bois. N'ayant pu réussir, j'ai essayé de la rotation forcée en dehors, peine inutile ; j'ai fait alors la rotation en dedans avec mes mains et celles de mes aides, et j'ai produit une luxation en arrière complète. Seulement, la luxation était toujours une luxation en arrière et en dedans; puis j'ai réduit par le procédé de douceur, mais le sinus de l'olécrâne au lieu de rentrer dans la cavité olécrânienne, est revenu embrasser l'épitrochlée. La luxation en dedans persistait, j'ai recommencé et obtenu encore une fois le même résultat.

La luxation en dedans persistait, donc il était prudent de s'arrêter. Je me suis arrêté, et la contusion très forte de l'articulation a été traitée par les cataplasmes, les pointes de feu et la compression. Aujourd'hui, quatrième mois après l'accident, l'articulation et les muscles

[1] Couraud (J.) Contribution à l'étude des dépressions, fistules congénitales cutanées et kystes dermoïdes de la région sacro-coccygienne (*Thèse de Paris*, 1883, n° 214).

ont repris leurs fonctions ; la flexion complèle du coude et son extrême extension font défaut, mais le malade se sert librement de son avant-bras, comme on peut le voir.

Deux points méritent l'attention de la Société:

1° Comme l'observation de M. Thomas, de Tours, cette observation nouvelle démontre que la luxation du coude en dedans, non réduite, est compatible avec des mouvements aussi étendus qu'utiles et que l'on peut laisser les malades dans cet état.

2° Qu'il existe une luxation du coude en dedans avec intégrité du ligament latéral interne qui est un obstacle à peu près invincible qui empêche de faire passer l'olécrâne par-dessus l'arête tranchante de la trochlée ; que, dans cette luxation, le radius qui paraît à sa place est néanmoins déplacé avec le cubitus et reporté en-dedans. (La preuve en est dans ce fait que quand j'ai produit deux fois une luxation en arrière et en dedans, le radius a toujours suivi le cubitus. Le ligament annulaire est évidemment intact.)

Je joins à cette observation le moule pris sur le malade au moment où je l'ai présenté la première fois à la Société de Chirurgie et qui, encore aujourd'hui, reproduit trait pour trait l'état de l'articulation.

Discussion.

M. Peyrot. Lorsque M. Després nous a présenté ce malade en février dernier, comme atteint d'une luxation complète du coude en dedans, plusieurs de nos collègues, et moi-même, avons contesté l'exactitude de ce diagnostic. Pour nous, il s'agissait là d'une luxation incomplète, en dedans, luxation du cubitus seul qui était venu embrasser l'épithroclée, le radius étant resté en place au-dessous du condyle. La chose est absolument évidente aujourd'hui. M. Després a échoué dans ses efforts de réduction, les parties sont restées en l'état; et il est facile de voir, maintenant que le gonflement a disparu, que la tête du radius n'a pas quitté le condyle, tandis que le crochet coronoïdo-olécrânien embrasse toujours l'épitrochlée. Il y a entre les deux os, radius et cubitus, un intervalle manifeste. Il s'agit donc bien là d'une luxation incomplète du cubitus seul en dedans qui n'a pu être réduite.

Les mouvements de supination et de pronation sont conservés, grâce à l'intégrité de l'articulation radio-humérale ; ceux de flexion et d'extension le sont en grande partie, le cubitus pouvant évoluer assez facilement autour de l'épitrochlée.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,

Ch. Monod.

Séance du 27 juin 1888.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Les *Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg*, tome XXIV, 1887 ;

3° *Laryngite aiguë avec œdème de la glotte; crico-trachéotomie*, par le Dr Lacronique, médecin-major de l'armée (Commissaire, M. Chauvel) ;

4° *Inversion utérine, amputation par la ligature élastique;* par le Dr Franchini, de Porto (Portugal).

M. Houzel, membre correspondant national, assiste à la séance.

Communication.

Sur une série de vingt cas de trépanation du crâne. Innocuité de cette opération. Quinze cas pour accidents cérébraux en dehors du traumatisme [1],

Par M. J. Lucas-Championnière.

I. — Renaissance du trépan. Trépanation chez les Kabyles.

J'ai eu souvent l'occasion de vous faire des communications ou des rapports sur la trépanation du crâne. C'est à la Société de chirurgie que j'ai communiqué ma première trépanation faite

[1] Depuis cette lecture, deux nouvelles opérations ont été faites, une le 28 juin, l'autre le 5 juillet, toutes deux avec succès; soit dix-sept cas en dehors du traumatisme.

en 1874, mes travaux sur l'utilisation des localisations cérébrales, enfin, plus récemment, mes premiers essais de trépanation en dehors du traumatisme.

Aujourd'hui, je vous apporte la relation de vingt opérations de trépanation, dont quinze surtout présentent un grand intérêt, parce qu'elles ont été faites toutes quinze en dehors du traumatisme. Ces dernières opérations ont toutes été suivies de guérison; elles montrent combien la trépanation doit être une opération bénigne, et comment elle peut être utilisée dans un but vraiment médical.

C'est de notre temps et d'une époque toute récente que date cette application du trépan, et l'on doit se rappeler que c'est une renaissance plutôt qu'une naissance. Tout le monde sait que la pratique de la trépanation a été retrouvée chez l'homme de l'âge de pierre, puis chez certains sauvages et, de notre temps, surtout chez certains Kabyles.

Disons, en passant, que c'est à peu près exclusivement à des travaux français que l'on doit la connaissance de ces faits.

De Baye, Broca, Prunières, sont au premier rang de ceux qui ont étudié la trépanation préhistorique et, lorsque j'ai publié ma monographie sur la trépanation du crâne, je n'ai eu garde d'oublier ces travaux. Non seulement je les ai étudiés, mais j'ai recherché moi-même le procédé qu'avaient pu employer ces hommes dénués d'instrumentation. J'ai exécuté un procédé qui consiste à circonscrire une pièce osseuse en vrillant avec une pointe de silex; et je suis convaincu que, si ce n'était pas toujours le même procédé qui était employé, au moins celui-là était facilement et communément utilisé.

En ce qui concerne les Kabyles modernes, non seulement j'ai étudié dans mon livre les remarquables mémoires de MM. Martin et Paris, mais j'ai eu l'occasion de prendre des renseignements dans le pays en 1881 : dans le village de Sidi Ocba, j'ai eu l'occasion de voir un thoubib du nom de Si Ali-ben-si-Mohamed-Taieb, qui m'a donné beaucoup de renseignements sur l'opération telle que la faisaient son père, ses frères et lui. Il devait la pratiquer avec une singulière facilité, puisqu'il m'avait proposé, si je restais deux jours de plus à Biskra, de trouver quelqu'un à trépaner; mais il la faisait très nettement en dehors du traumatisme. Dans le traumatisme, les opérations étaient plus rares; c'était surtout la douleur qui le conduisait à ouvrir le crâne; il indiquait différentes maladies sur lesquelles ses explications ont été diffuses. Mais la cause de l'intervention était de source non traumatique. Il ajoutait que l'opération pouvait se répéter un grand nombre de fois. Lui-même avait été trépané, disait-il, quatre fois et son père l'avait été douze fois. Il me montra sa tête qui portait sur le pariétal gauche

une très grande perte de substance où l'on sentait les battements du cerveau. S'il avait été réellement trépané quatre fois, il est probable que certaines des opérations avaient dû être incomplètes. Toujours est-il que lui et ses trois frères pratiquaient l'opération avec une extrême facilité, ne la considéraient pas comme dangereuse et l'employaient en beaucoup de circonstances où il n'y avait pas eu de traumatisme.

J'avais déjà signalé ces faits lorsque, plus tard, M. Vedrènes, inspecteur du service de santé, dans une tournée d'inspection, fit recueillir par les médecins dans les postes qu'il allait inspecter, des renseignements sur l'usage de la trépanation, qu'il a publiés dans la *Revue de chirurgie*.

De ces documents, il résulterait que, chez les Kabyles, la trépanation ne se ferait guère qu'à la suite de traumatisme et pour des fractures du crâne. Il est probable qu'il y a eu là un défaut d'information, parce qu'il y a divergence avec mes propres renseignements et avec ceux recueillis par des observateurs qui nous ont précédés. Peut être la coutume est-elle différente dans différentes tribus. Il paraît incontestable que la trépanation se fait pour des fractures; mais il paraît bien certain qu'elle s'est conservée comme thérapeutique active pour des maladies différentes.

II. — Trépanations pour traumatismes.

Ce n'est pas une digression inutile que ces réflexions sur la pratique des Kabyles, car nous retrouvons chez eux l'opération faite pour l'indication médicale avec des instruments grossiers et une ignorance médicale parfaite. Que ne pouvons-nous faire en utilisant résolument nos connaissances et, en particulier, comme je l'ai montré, les localisations cérébrales!

Si, avant de vous parler des opérations pour indications médicales, je vous rappelle cinq cas de trépanation pour traumatisme, c'est qu'ils sont assez typiques et parce qu'il est facile de voir que les accidents qui ont entraîné la mort, dans deux cas, n'étaient pas du tout en relation avec la gravité de l'opération, mais avec l'état antérieur du malade. La trépanation n'a pu les empêcher de mourir, voilà tout. Dans deux cas, j'ai voulu intervenir malgré des apparences très mauvaises. Les malades ont succombé avant vingt-quatre heures. L'un avait, outre l'enfoncement pour lequel je le trépanais, un énorme fracas de la base du crâne. L'autre avait bien du pus sous la dure-mère dans le point ou je le trépanais, mais il en avait aussi autour du cerveau dans des points éloignés, soit des lésions incompatibles avec la survie.

Observation I (n° 2, tableau I). — *Enfoncement du crâne. Méningo-encéphalite. Trépanation secondaire. Mort.*

Le nommé R... (Jérôme), âgé de 42 ans, menuisier, reçoit un coup de barre de fer sur la tête, le 5 avril 1881 ; il perd connaissance, mais revient à lui au bout d'une demi-heure. Il reste six jours au lit, se plaignant d'un grand mal de tête et de beaucoup de fièvre; au bout de ce temps, il commence à divaguer, est très agité, et, à la suite d'une promenade, il est paralysé du côté gauche.

La paralysie du bras gauche est complète, la face est paralysée du même côté et la langue déviée. La parole et la vue sont conservées. L'ouïe disparue. La jambe est seulement parésiée. La sensibilité n'est pas atteinte.

Sur la région pariétale droite, en arrière de la ligne rolandique, on constate une plaie avec fracture de la portion correspondante du pariétal.

Le pouls est régulier, mais la température très élevée (40°).

Opération (15 avril 1881). — Le malade est entré le 13 seulement à l'hôpital, en médecine. La trépanation est faite un peu en avant du trait de la fracture. La dure-mère est déchirée en un point, et on trouve du pus qui semble venir de la profondeur. De la matière cérébrale s'écoule par l'orifice de trépanation.

Le malade, très affaissé au moment de l'opération, meurt dans la journée.

On trouve, à l'autopsie, la dure-mère très rouge ; au-dessous d'elle, on constate de la méningite très avancée, les circonvolutions sont recouvertes par une nappe purulente qui forme un foyer et au-dessous une sorte d'excavation pouvant contenir une vingtaine de grammes. Tout autour, les circonvolutions sont ramollies.

Obs. II. — *Enfoncement du crâne. Trépanation. Grand fracas du crâne. Fractures multiples de la base. Mort rapide.*

Le nommé D... (Pierre-Louis), âgé de 43 ans, peintre en bâtiment, entre à l'hôpital Tenon, salle Lisfranc, n° 5, le 12 août 1885, pour une fracture du crâne. Il a fait une chute d'un premier étage, est apporté sans connaissance une heure après l'accident. Le lendemain, on constate un peu de parésie du bras droit avec perte de la sensibilité. Au membre inférieur droit, la sensibilité est seulement diminuée. Le malade est dans le coma et on lui trouve une ecchymose derrière l'oreille gauche.

Opération (13 août 1885). — Incision jusqu'à l'os qui est dénudé. Le pariétal gauche est fracturé et enfoncé dans sa portion postérieure. Deux couronnes de trépan sont appliquées pour enlever une esquille volumineuse. Une nouvelle couronne est appliquée plus en avant, on ne trouve rien. La plaie est fermée et drainée, pansement à l'iodoforme.

Le malade ne sort pas du coma, il meurt le lendemain matin sans avoir été amélioré par l'opération.

A l'autopsie, on constate une fracture de la base du crâne sur l'occipital des deux côtés, fracture de la voûte à droite et à gauche, hémorrhagie de la base intéressant la scissure de Sylvius, et un épanchement un peu en avant de la trépanation, entre le crâne et la dure-mère.

Les trois autres cas, au contraire, quoique opérés dans de très mauvaises conditions, sont des cas de guérison.

Obs. III. — *Enfoncement du crâne. Monoplégie brachiale. Crises épileptiformes. Aphasie. Coma. Trépanation. Guérison.*

Le nommé H... (Charles), âgé de 26 ans, cordonnier, entre à l'hôpital Lariboisière dans la nuit du 15 au 16 novembre 1874.

Le 16 au matin, le malade est assoupi, la face immobile, on le réveille avec peine. La sensibilité est conservée, mais les mouvements du membre supérieur droit sont abolis en partie. On trouve du côté du crâne une petite plaie très superficielle du cuir chevelu au niveau de la bosse pariétale gauche.

Le 20, la stupeur est la même, la petite plaie ne présente rien de particulier, on ne peut constater aucune irrégularité. Le soir, le malade est pris d'accès convulsifs. Ces accès augmentent le lendemain et deviennent de véritables attaques épileptiformes. Le pouls est très petit, la respiration très embarrassée. Treize accès dans la nuit. Mort imminente.

Opération (22 novembre 1874). — L'état du malade ne permet pas d'employer le chloroforme. Incision au niveau d'une très petite plaie. Aucune trace de fracture. Décollement d'un énorme lambeau du péricrâne ; on aperçoit alors une fente qui se porte en avant. Une deuxième incision est dirigée dans le même sens et conduit au foyer de la fracture situé au-dessus et en avant du pavillon de l'oreille. Il y a enfoncement, mais peu marqué. Les fragments sont multiples et solidement enchevêtrés. Une couronne de trépan est appliquée auprès du foyer de la fracture. On cherche à enlever les fragments, mais on ne peut y parvenir qu'en appliquant une deuxième couronne de trépan. Les méninges sont recouvertes par du sang épanché dans lequel on trouve une esquille implantée dans la dure-mère. Les bords de la plaie osseuse sont régularisés. Toute la plaie et les méninges sont lavées avec de la solution phéniquée à 3 0/0, les lambeaux sont abandonnés. Par-dessus, un linge fin imbibé de la même solution phéniquée, puis, par-dessus, de la charpie imbibée également, ouate, taffetas ciré et un bonnet. Ce pansement sera continué plus d'un mois.

Dès le jour même, on ne constate plus une seule attaque d'épilepsie, mais il y a encore de l'hypothermie.

Le 25, la stupeur a disparu, la plaie a bon aspect, les points osseux dénudés sont absolument recouverts.

Le 26, la paralysie du bras a disparu.

Le 7 décembre, la parole recommence à revenir, mais ce n'est que le 1er janvier qu'il peut lire et écrire.

Le 20 janvier, il était complètement guéri.

(Observation complète dans mon livre sur *la Trépanation, guidée par les localisations cérébrales*, 1879).

Obs. IV. — *Fracture du crâne par enfoncement ; pas de symptômes graves. Trépan préventif. Esquille dans le cerveau et cheveux extraits. Guérison.*

Le nommé M... (François), âgé de 22 ans, journalier est entré à l'hôpital Tenon, salle Lisfranc, n° 19, le 2 avril 1886, pour une plaie de tête.

Reçoit un coup de canne à pomme de bronze dans la région pariétale gauche dans la nuit du 1er au 2.

Le 4 avril, il est pris de vomissements, le pouls est ralenti, et à l'examen on découvre un enfoncement du crâne.

Opération (4 avril 1886). — Incision en croix. Application d'une couronne de trépan, extirpation d'un fragment considérable enfoncé dans la substance cérébrale qui appartient surtout à la table interne. Des cheveux sont retirés de la cavité crânienne. La plaie est suturée et drainée, pansement iodoforme, sachets, ouate de tourbe. Opération rapide avec chloroforme.

Le lendemain l'état du blessé est excellent; mais le jour suivant, à la suite de la visite de ses parents il est pris d'agitation qui dure plusieurs jours, ictère intense. A partir de ce moment, plus rien à signaler. Il quitte l'hôpital le 28 avril absolument guéri. Revu le 15 juin 1888, aucun incident fâcheux, les battements du cerveau sont à peine perceptibles.

Obs. V. — *Fracture avec enfoncement du frontal et du temporal gauche. Coma. Mort imminente. Résection de plus de la moitié du frontal et d'une portion du temporal. Guérison.*

La nommée L... (Justine), âgée de 14 ans, couturière, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Isolement, n° 24, le 14 mars 1888 pour fracture du crâne avec enfoncement.

Le 14 au soir, elle est renversée par une voiture et piétinée par les chevaux. Elle présente une plaie sur le front partant du grand angle de l'œil gauche et s'étendant en arrière sur le frontal.

Cette enfant a totalement perdu connaissance ; elle ne prononce aucune parole, mais en la pinçant énergiquement on constate qu'elle a un certain degré de sensibilité et pas de paralysie motrice. Elle a des vomissements continuels.

Opération (15 mars). — Découverte de deux fragments enfoncés s'étendant sur plus du tiers de la surface crânienne. Les bords sont enfoncés. Résection avec la pince gouge d'une portion considérable du

frontal, du pariétal et d'une portion enfoncée du temporal. Enlèvement d'un caillot assez étendu situé sous le frontal. Ponctions de la dure-mère et de l'arachnoïde en plusieurs points, pas de sang au-dessous. Quelques ligatures.

Les quatre incisions faites pour poursuivre les traits de fracture sont suturées par trente crins de Florence. Deux drains. Pansement iodoforme, sachets, ouate de tourbe.

Durée de l'opération 50 minutes. Chloroforme 10 grammes seulement. La malade le supportait très difficilement, à la fin de l'opération elle s'éveille notablement, on est obligé de donner du chloroforme pour terminer.

Aucun vomissement depuis l'opération; le lendemain elle paraît aller un peu mieux, elle peut avaler un peu.

Le 17 mars elle va beaucoup mieux; son pansement est changé, les drains retirés, mais elle reste toujours sans connaissance.

Le 18, elle reprend connaissance. Depuis ce jour plus rien à signaler, la plaie se guérit rapidement et la malade sort absolument guérie le 28 avril 1888. Toute la partie gauche du front présente des battements cérébraux; malgré cela, on ne fait porter à la malade aucun appareil prothétique.

Dans tous ces cas, ce qui concerne la trépanation s'est passé avec une extrême simplicité. La réparation a été facile, les résultats obtenus pour le premier opéré il y a quatorze ans se sont toujours bien maintenus, le deuxième opéré, du 2 avril 1886, est en état excellent. La région opérée est solide et n'a aucun besoin d'être défendue. Pour l'enfant qui a une baie énorme dans la région frontale, je ne lui ai pas fait porter d'appareil. Peut-être faudra-t-il le faire au moins pour un temps.

III. — Opérations en dehors du traumatisme.

Mais tous ces préliminaires n'avaient d'autre but que de mieux amener à étudier les observations prises en dehors du traumatisme et qui constituent le fond de ma communication. Là, nous trouvons l'opération avec toute sa simplicité, toute la régularité de la réparation. Nous donnons aux ouvertures des dimensions considérables; et, que la dure-mère ait été ouverte ou non, que les méninges aient été complètement entamées, même avec lésion superficielle du cerveau, les suites sont simples, parfaitement bénignes et le résultat acquis, dès ces premiers essais, me paraît mériter toute votre attention.

Les indications de ces trépanations qui sont au nombre de 15 sur 12 malades ont été différentes. Deux sujets ont été trépanés, l'un deux fois et l'autre trois fois. Douleurs, vertiges, épilepsie

vraie, épilepsie symptomatique, ont été l'occasion de ces opérations.

Voici comment elles se répartissent :

A. *Opérations pour douleurs et vertiges.*

Neuf fois l'opération a été faite pour remédier à des douleurs localisées ou à des vertiges ; deux sujets avaient des vomissements et des bruits dans la tête. Chez certains malades, il y avait eu traumatisme crânien antérieur mais très éloigné, chez d'autres, le traumatisme était plus récent, sans avoir du reste laissé de trace profonde ; enfin un des sujets n'avait jamais eu de traumatisme quelconque.

Observation I. — *Douleurs de tête et vertige; traumatisme de 26 ans. Trépanation sans ouverture de la dure-mère. Guérison complète persistante depuis près de trois ans* (n° 1, t. II).

Le nommé D... (Charles), âgé de 40 ans, coupeur en chaussures, entre le 8 octobre 1885 à l'hôpital Tenon, salle Nélaton, n° 13, pour des accidents cérébraux, envoyé par le Dr Signez.

A l'âge de 14 ans il tombe d'un arbre. Immédiatement après la chute le malade perd connaissance. On suppose une fracture du crâne. Il présente une déformation qui peut néanmoins être congénitale. A 19 ans il a des accès épileptiformes qui le font réformer du service militaire. Il souffre peu cependant jusqu'en 1885. En janvier 1885 il fait un long séjour à l'hôpital pour des douleurs vives qui irradiaient du foyer supposé de la fracture. Ces douleurs augmentent constamment, et le malade est pris de vertiges. On lui prescrit successivement de l'iodure de potassium, puis du bromure de potassium qui apporte une certaine amélioration; néanmoins les crises persistent, il ne peut plus travailler. Alors il revient à l'hôpital pour demander une intervention dont je lui avais indiqué la possibilité.

Opération (15 octobre 1885). — L'incision est faite au niveau de la déformation du crâne sur le pariétal postérieur. Deux couronnes de trépan sont appliquées, l'une sur la suture lambdoïde empiétant un peu sur la ligne médiane ; la deuxième en dehors et à gauche. Le pont osseux qui sépare les deux couronnes est supprimé. La dure-mère adhère aux os, elle est décollée tout autour. La plaie est suturée, drainée, puis pansée avec de la gaze iodoformée et charpie de bois.

La marche est des plus simples, à peine une légère élévation de température de quelques dixièmes pendant les premiers jours. Le premier pansement est changé le 17, le tube remplacé par un plus petit, la plaie est bien nette. Après deux autres pansements faits le 20 et le 24, le malade est complètement guéri, il ne se plaint plus de maux de tête, ni de vertiges et quitte l'hôpital le 9 novembre 1885.

Chez ce malade, la disparition des vertiges a été des plus remar-

quables. Dès le lendemain de l'opération il nous exprimait sa satisfaction de pouvoir tourner sa tête sur l'oreiller, tandis que, auparavant, le moindre mouvement de latéralité de la tête était tellement pénible qu'il évitait de se retourner dans son lit. Depuis il a été revu bien souvent. Il reste parfaitement guéri. Il a pu reprendre ses occupations. Il se plaint de temps en temps de douleurs dans le cou, mais tous les accidents anciens n'ont plus reparu.

Obs. II. (Nos 2, 3, 4). — *Douleurs fixes du crâne avec vertige, titubation. Trois trépanations successives. Disparition de certains points douloureux. Amélioration. Disparition des vertiges.*

Le nommé S... (Charles), âgé de 45 ans, employé, entre le 27 avril 1886 à l'hôpital Tenon, salle Nélaton, n° 12, pour phénomènes douloureux dans la région fronto-pariétale gauche, envoyé par le Dr Dujardin-Baumetz.

A l'âge de 8 ans il reçoit un coup de hache sur la tête; il tombe mais ne perd pas connaissance. Cet accident n'a aucune suite.

Pas d'antécédents syphilitiques.

A 41 ans il est pris de céphalalgie, d'abord intermittente, mais qui devient continuelle il y a dix-huit mois. Il éprouve des vertiges et une sensation de vide dans la tête, et a une tendance à tomber toujours du côté gauche. De temps à autre surdité passagère, perte de la mémoire. Parfois vomissements après les repas. Enfin, depuis dix-huit mois, douleurs de névralgie dentaire, pour laquelle il se fait en vain arracher toutes les dents saines du côté gauche.

La céphalalgie d'abord générale s'est localisée depuis dix-huit mois au niveau de la région frontale supérieure gauche, très en arrière de la cicatrice du coup de hache, qui est longue d'environ 3 centimètres.

La douleur extrêmement vive occupe quatre points principaux : le premier à quatre centimètres en arrière et en dehors de la cicatrice ; le deuxième vers la partie moyenne du pariétal gauche ; le troisième dans la région du temporal gauche ; enfin le quatrième au niveau de la gencive supérieure gauche.

Le malade a été soumis à un grand nombre de traitements médicaux qui n'ont produit aucune amélioration (salicylate de soude, chlorure de méthyle, sulfate de quinine, bromure et iodure de potassium, morphine, électricité, etc.).

1re *Opération* (3 mai 1886). — Incision en T renversé pour découvrir le point douloureux situé en arrière de la cicatrice. Couronne de trépan sur ce point douloureux; la dure-mère ne paraît présenter aucune lésion, sauf quelques légères adhérences à la face interne des os. L'orifice est agrandi avec la pince de Nélaton. La plaie est ensuite suturée, et drainée. Pansement à la gaze iodoformée, sachets.

Durée de l'opération, 45 minutes. Chloroforme de l'hôpital, 60 grammes.

La marche de l'opération est des plus simples, la cicatrisation est rapidement obtenue, les résultats de l'opération sont très satisfaisants.

On constate la disparition complète de la douleur au niveau du point trépané ; mais le point postérieur persiste et est le siège d'une douleur extrêmement vive pour laquelle le malade réclame une nouvelle intervention.

2e *Opération* (26 juin 1886). — Le point douloureux postérieur du pariétal est mis à découvert, puis deux couronnes de trépan sont appliquées à ce niveau. Les méninges sont saines. Suture et drainage de la plaie. Pansement iodoformé.

Durée de l'opération, 35 minutes. Chloroforme Yvon, 45 grammes.

Le malade guérit de cette deuxième opération aussi facilement que de la première, mais les douleurs persistent au niveau du point postérieur sur lequel a porté la trépanation. On cherche alors à traiter le malade par la suggestion, mais les tentatives sont infructueuses, il ne peut être hypnotisé.

Le malade quitte l'hôpital Tenon en mai 1887, mais il continue à souffrir et rentre à Saint-Louis dans le service (nº 49 des baraques), le 8 juin 1887. On trouve un point douloureux très limité qui occupe la marge postérieure du dernier orifice de trépanation. On décide une troisième opération en cet endroit.

3e *Opération* (1er juillet 1887). — Incision en T dont la partie supérieure répond à l'endroit douloureux. Le bord osseux est mince, la grande couronne est appliquée à ce niveau. Légère hémorrhagie venue des méninges. Suture et drainage de la plaie. Pansement iodoformé.

Durée de l'opération, 35 minutes. Chloroforme Yvon, 50 grammes.

Les suites opératoires sont très simples, le 12 juillet au deuxième pansement la cicatrisation est parfaite, les crins de Florence sont enlevés.

Les crises douloureuses ont diminué d'intensité, de plus elles sont moins fréquentes, le malade a des journées entières de répit, il peut écrire assez longtemps sans se fatiguer.

L'état local chez ce sujet est intéressant à constater. Il a peu de cheveux ; on voit très bien une dépression antérieure avec peu de battements répondant à la première trépanation. Une dépression postérieure beaucoup plus considérable répond aux deux trépanations suivantes. Les battements du cerveau sont là très accentués. C'est en arrière de cet orifice que les douleurs sont persistantes.

Obs. III (nos 5 et 6). — *Choc sur le crâne. Vertiges et douleurs persistants. Deux trépanations successives. Guérison pendant une année. Retour d'accidents modérés. Troisième trépanation.*

Le nommé S... (Guillaume), âgé de 55 ans, menuisier, entre à l'hôpital Tenon, salle Lisfranc, nº 1, le 9 août 1886, pour des vertiges cérébraux.

Il y a trois mois, cet homme, chargé de deux madriers, fait une chute dans un escalier. Il perd beaucoup de sang et reste longtemps sans connaissance. Quelques heures après il est complètement remis, mais

il conserve des vertiges qui persistent depuis cette époque et qui se produisent plus spécialement quand il change de position, surtout quand il passe de la position horizontale à la station debout.

Aucun antécédent syphilitique.

L'état général est bon, et localement on ne trouve qu'une cicatrice insignifiante à la partie postérieure et supérieure du crâne, dans le point où a porté le traumatisme.

1re *Opération* (19 août 1886). — Incision en T sur le sommet du crâne, au-dessus de la suture lambdoïde, presque sur la ligne médiane, au point où siège la cicatrice. On découvre un os intact. Deux couronnes de trépan sont appliquées, les méninges sont adhérentes. Les orifices de trépanation sont agrandis avec la pince de Nélaton. La plaie est ensuite suturée et drainée. Pansement iodoformé.

Durée de l'opération, 50 minutes. Chloroforme Yvon, 45 grammes.

Les suites opératoires sont très simples. Il n'y a à noter qu'un peu d'hébétude dans la journée qui a suivi l'opération. Le tube est enlevé au premier pansement, au deuxième pansement (le 26 août), la cicatrisation est parfaite.

Les vertiges persistent toujours et le malade sort de l'hôpital le 19 octobre 1886. Il fait un séjour de trois semaines à Vincennes, puis cherche à reprendre son travail; mais il souffre continuellement de maux de tête, d'étourdissements et de vertiges. Il rentre dans le service le 21 février 1887, salle Lisfranc, n° 19.

2e *Opération* (24 mars 1887). — Je choisis sur le pariétal droit la région des centres pour cette nouvelle trépanation. Incision en T, convertie plus tard en une incision cruciale. Application de la grande couronne puis, un peu en arrière, de la petite. Hémorrhagie abondante par déchirure des veines des méninges. Plusieurs fils de catgut sont empilés dans la dépression pour permettre la formation d'un caillot. Suture et drainage de la plaie. Pansement iodoformé, sachets, ouate de tourbe.

Les suites sont très simples, la température reste normale, le tube est enlevé au premier pansement, la plaie est guérie le 6 avril et le malade quitte l'hôpital le 3 mai 1887.

Les suites de cette opération ont été très satisfaisantes. Les vertiges ont complètement disparu. Le malade a pu reprendre ses occupations. Il décrivait admirablement le vertige ancien et montrait comment il pouvait aujourd'hui diriger son regard horizontalement, ce qu'il ne pouvait faire auparavant. Au mois de mai 1888, il revint se montrer, se plaignant d'avoir de nouveau des étourdissements. Toutefois sa situation était encore infiniment meilleure qu'auparavant.

Je me décide alors à faire une troisième trépanation, placée cette fois sur le pariétal gauche et dans la région des centres à gauche (28 juin 1888) [1].

[1] Cette nouvelle trépanation est un seizième cas, elle n'est pas comptée dans les quinze communiquées à la Société de chirurgie.

Obs. IV (n° 8). — *Coup sur la tête. Douleurs, vertiges et vomissements. Trépanation. Guérison complète.*

Le nommé B... (Jean), âgé de 56 ans, cordonnier, est entré à l'hôpital Tenon, salle Lisfranc, n° 1, le 8 janvier 1887, pour des vertiges et des vomissements.

Cet homme a reçu en novembre 1886 des coups de rouleau sur la tête, qui ont déterminé plusieurs plaies contuses sans apparence de lésion osseuse ; il a été soigné dans le service du 24 novembre au 6 décembre, date à laquelle il a quitté l'hôpital. Depuis son départ il a souffert de la tête, il a des vomissements et des vertiges. A l'examen du crâne, on découvre un point extrêmement douloureux à la pression et situé dans la partie antérieure du pariétal gauche.

Opération (13 janvier 1887). — Incision en T; couronne de trépan appliquée sur le point douloureux. On ne trouve rien. La plaie est suturée et drainée. Pansement iodoformé, sachets, ouate de tourbe.

Durée de l'opération, 30 minutes. Chloroforme Yvon, 25 grammes.

Les suites sont excellentes et très simples ; la température reste absolument normale ; pas d'accidents à noter. Sort le 7 février en très bon état. Les douleurs et les vertiges ont complètement disparu depuis l'opération. Il a été revu en 1888 parfaitement guéri.

Obs. V (n° 14). — *Vertiges. Douleurs et bruits continuels dans le crâne. Trépanation. Disparition des douleurs; les bruits persistent.*

La nommée D... (Madeleine), âgée de 18 ans, demoiselle de magasin, entre, le 6 février 1888, à l'hôpital Saint-Louis, salle de l'Isolement, n° 5.

Elle est envoyée par le docteur Babinski pour des douleurs crâniennes avec bruit.

Ces douleurs ont débuté il y a trois ans, et depuis un an elles sont intolérables. Elles s'accompagnent d'un bruit de sonnettes perçu par la malade. On a pratiqué l'extirpation des amygdales puis de polypes du nez, mais sans obtenir aucun résultat. La malade affirme en outre avoir eu par l'oreille gauche un écoulement qui aurait duré deux jours et ne se serait pas renouvelé.

Elle a fréquemment des vertiges. Les douleurs qu'elle éprouve sont spontanées, mais on les réveille en exerçant une pression au niveau de la bosse pariétale gauche, au-dessous de laquelle je place le centre de ma première couronne.

Opération (29 mars 1888). — Incision en T dont la branche horizontale est convexe en bas. Application de la grande couronne sur la bosse pariétale, puis une deuxième fois au-dessous, dans la direction de l'apophyse mastoïde; pont intermédiaire enlevé. Ouverture de la dure-mère en deux points et de l'arachnoïde. Le cerveau a une tendance à faire hernie. Peu de sang, mais écoulement abondant de liquide céphalo-rachidien. Suture de la plaie, dans laquelle on établit

un drain qui ne va pas jusqu'au cerveau. Pansement iodoformé, sachets, ouate de tourbe. Chloroforme Yvon, 50 grammes.

Pendant 48 heures la malade a des vomissements intenses avec douleurs de tête très vives. L'oreiller est inondé de liquide. Le pansement est renouvelé le 31 mars et le drain supprimé. Le lendemain le pansement est encore traversé ; on ne le change que le 3 avril. Le 6, nouveau pansement; la plaie est en bon état. Jusque-là la température s'était maintenue légèrement élevée (entre 38 et 38°,5), mais elle redevient normale. La plaie est complètement guérie le 11 avril.

La malade reste deux mois dans le service, puis elle sort le 8 juin 1888.

Elle est très notablement améliorée en ce qui concerne les douleurs, mais les sifflements persistent toujours. Toutefois, la marche est assurée. Localement, les cheveux qui repoussent masquent si bien l'orifice qu'on doit le chercher pour le sentir.

Obs. VI (n° 15). — *Choc de la tête ancien. Douleurs fixes. Trépanation. Ouverture du sinus longitudinal supérieur. Guérison.*

La nommée H... (Basilide), âgée de 29 ans, sans profession, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle de l'Isolement, n° 25, le 7 mai 1888.

Cette femme, amenée par le docteur Frayne, s'est heurtée à la tête il y a trois ans. Ce choc est suivi d'une perte de connaissance qui dure une demi-heure, mais la malade se remet bientôt et reprend ses occupations. Elle se plaint quelquefois de la tête, et bientôt ses céphalalgies deviennent intenses. En 1887 elle est même obligée de garder le lit pendant deux mois, et elle est aphasique pendant trois jours.

Depuis, elle se plaint de céphalalgie et d'un point extrêmement douloureux siégeant au sommet de la tête, un peu à gauche de la ligne médiane (partie moyenne du pariétal).

Opération (10 mai 1888). — Incision en V pour former un lambeau triangulaire. Application de la grande couronne à gauche de la ligne médiane; le crâne est épais et très dur. Lorsque la couronne est enlevée, la dure-mère et le sinus longitudinal sont détachés tout autour; dans cette manœuvre, le sinus est ouvert dans l'angle antérieur de la plaie, puis bouché avec une éponge, pendant que l'orifice est agrandi avec la pince gouge. Plusieurs mètres de catgut (6 ou 7) sont empilés contre le sinus et l'hémorrhagie est arrêtée. La plaie est suturée et drainée. Pansement iodoformé, sachets, ouate de tourbe.

Durée de l'opération, 1 h. 5. Chloroforme Yvon, 55 grammes.

Les suites de cette opération sont excellentes et des plus simples. Quelques vomissements le jour de l'opération et le lendemain. La température reste toujours normale; le premier pansement est fait le 19 mai, le drain est enlevé, la plaie réunie; deuxième pansement fait le 29, la plaie est complètement guérie, la malade sort de l'hôpital le 6 juin 1888. Depuis son opération elle n'a plus eu de maux de tête.

Elle est sortie vingt-six jours après l'opération. Quoique large, l'orifice de trépanation est déjà difficile à délimiter.

Voilà donc six sujets chez lesquels la trépanation a été faite avec succès; neuf opérations n'ayant présenté aucun accident fâcheux. Il y a eu pour trois sujets des résultats absolument complets : un homme opéré depuis près de trois ans; un autre opéré depuis plus d'un an ; une femme, enfin, qui a subi une opération plus récente, mais la marche du mal permet d'affirmer qu'elle restera guérie.

Une autre femme opérée plus récemment a vu guérir ses douleurs; elle a conservé des bruits dans la tête, mais il suffit de la voir pour constater chez elle une grande amélioration.

Un sujet atteint de vertiges rendant tout mouvement impossible a cessé de souffrir de ses douleurs, et après la deuxième trépanation est resté guéri un an.

Enfin le sujet qui a été trépané trois fois a tiré de l'opération un grand bénéfice; bien que non guéri, il est notablement amélioré et un point très douloureux a disparu complètement.

B. *Opérations pour épilepsie vraie.*

Dans quatre cas, je suis intervenu pour remédier à l'épilepsie vraie. Ce n'est pas là une médication nouvelle. Sans compter les hommes de l'âge de pierre, à une époque rapprochée de nous, on a conseillé la trépanation dans l'épilepsie. J'ai fait l'essai de cette médication sur des sujets dont les parents me suppliaient de faire quelque chose, ou qui eux-mêmes trouvaient leur situation si misérable qu'ils voulaient essayer toute médication nouvelle, même au prix de leur vie; et leur vie n'était pas mise en danger.

Je n'ai peut-être pas lieu de me louer beaucoup de ces opérations. On va voir que les sujets ont été passagèrement améliorés, mais n'ont pas été guéris. Cependant, chez l'un d'eux, les résultats paraissent avoir été persistants. Il n'est pas revenu me voir, mais un de ses camarades d'atelier m'a rapporté qu'il n'avait plus de crises depuis dix mois.

Des trois autres, l'un, que j'ai revu, a conservé ses crises, et les deux autres, dont j'ai eu des nouvelles, paraissent avoir des crises moins fortes.

Dans tous ces cas, je n'ai pas constaté de lésion bien déterminée. J'ai toutefois noté la grande épaisseur du crâne et surtout l'extrême abondance du liquide céphalo-rachidien. Dans le premier cas, son abondance fut considérable au moment même de l'ouverture des méninges. J'ai observé des attaques peu après l'opération. Mais en général l'attaque ne s'est pas reproduite immédiatement.

Obs. VII (n° 7). — *Epilepsie vraie. Troubles de la parole. Trépanation dans la région des centres à gauche. Modification des accidents au début.*

Le nommé X..., âgé de 22 ans, est atteint d'accès épileptiformes depuis l'âge de 14 ans. Ces accès se caractérisent par une chute avec perte de connaissance et mouvements violents; leur durée est environ de vingt minutes, et ils sont suivis d'une grande lassitude. Parfois l'accès est suivi de troubles de la parole, et les convulsions ont souvent débuté par le côté droit. Lasègue, qui a vu cet enfant à cette époque, avait diagnostiqué une tumeur cérébrale.

Les crises deviennent plus fréquentes, elles apparaissent tous les quinze jours et durent plus longtemps, souvent elles sont suivies de véritables périodes d'aphasie. Le Dr Signez, se rapportant au diagnostic de Lasègue, conseille l'intervention.

Opération (15 décembre 1886). — La tête est rasée, puis lavée au savon et à l'eau phéniquée forte. La ligne rolandique est tracée avec un crayon dermographique. Incision en T renversé ; le péricrâne est détaché, puis une couronne de trépan appliquée en bas et en avant de la ligne dans la direction de la troisième circonvolution frontale. Une deuxième couronne est placée au-dessus de la première. Le crâne est dur et relativement épais, la dure-mère n'est pas adhérente, ne présente aucune modification et n'est soulevée par aucune tumeur. Elle est incisée, ainsi que l'arachnoïde, puis leurs lambeaux sont abandonnés sans suture. La plaie est ensuite suturée et drainée. Pansement iodoformé, sachets, ouate de tourbe.

Durée de l'opération, plus d'une heure. Chloroforme Yvon.

Les suites sont simples, il s'écoule dans la journée une quantité énorme de liquide céphalo-rachidien.

Le pansement est renouvelé le 16, l'état de la plaie est excellent; le 18, nouveau pansement, le tube est raccourci ; le 21, nouveau pansement; le 26, le tube est enlevé, ainsi que tous les crins de Florence: la plaie est guérie. L'aspect du malade est des plus satisfaisants, la réaction de l'opération a été absolument insignifiante.

Les premiers résultats de l'opération avaient été très satisfaisants. L'agitation nocturne habituelle de ce malade avait disparu. Les crises sont revenues, mais lorsque j'ai eu de ses nouvelles, quelques mois après l'opération, elles étaient encore atténuées.

J'ai eu sur ses antécédents de famille des renseignements qui ne laissaient pas de doute sur l'origine de la maladie. Grand'mère paternelle épileptique, oncle épileptique; rien chez le père et la mère.

Obs. VIII (n° 10). — *Épilepsie datant de l'enfance. Trépanation large sur le pariétal gauche. Amélioration.*

Le nommé X... (Lucien), âgé de 24 ans, marchand de vin, entre, le 21 février, à l'hôpital Tenon, salle Nélaton, n° 5, pour des attaques d'épilepsie.

Il a des attaques depuis l'âge de 4 ans, mais n'a jamais fait de grave maladie. Ses attaques se caractérisent par une sensation de crampes dans les mains, puis perte subite et complète de connaissance, avec chute, morsure de la langue et écume à la bouche. A certains moments, les attaques surviennent tous les huit jours, d'autres fois elles sont espacées par des intervalles de deux et trois mois. Récemment ces attaques revenaient tous les quinze jours environ.

Rien à noter à l'examen du malade, qu'un peu d'asymétrie faciale. Le cuir chevelu, au niveau de l'occipital, porte plusieurs cicatrices.

Opération (25 février 1887). — Incision en T pour découvrir la région des centres à gauche. Application de la grosse couronne de trépan et de la moyenne, suppression du pont osseux avec la pince de Nélaton, puis incision de la dure-mère et de l'arachnoïde. Suture et drainage de la plaie. Pansement iodoformé.

Dans les suites de l'opération, aucun incident notable, sauf l'écoulement d'une énorme quantité de liquide céphalo-rachidien. La plaie est bientôt guérie. Au bout de dix jours, le malade a une courte attaque, qui se traduit par une simple perte de connaissance. Les attaques se renouvellent à peu près aussi fréquemment, mais leur durée est beaucoup moindre. J'ai eu de ses nouvelles plusieurs mois plus tard. Au dire du père, il y aurait une amélioration. Les crises étaient de plus courte durée et moins intenses. Aucune gêne, du reste, dans la région trépanée.

Obs. IX (n° 11). — *Épilepsie vraie. Trépanation de la région des centres à gauche. Aucun résultat.*

Le nommé T... (Henri), âgé de 20 ans, typographe, est entré, le 31 mai 1885, à l'hôpital Saint-Louis, salle des Baraques, n° 36, pour des attaques d'épilepsie.

Il est épileptique depuis l'âge de 14 ans ; ses attaques reviennent tous les mois, quelquefois avec des intervalles plus considérables.

Père alcoolique et un frère plus âgé épileptique.

Ses attaques sont courtes, aucun aura, peu de mouvements, cri initial, hébétude dans la journée qui suit. A vu M. Charcot il y a deux ans. Vient de passer un an à Bicêtre, dans le service de M. Charpentier, où il a été traité par le bromure de potassium.

Opération (2 juin 1885). — Incision cruciale dans la région des centres à gauche. Application de la grande couronne de 3 centimètres, et, à côté, de celle de 2 centimètres. Ouverture de la dure-mère et de l'arachnoïde un peu en arrière du sillon de Rolando. Suture de la plaie, deux tubes à drainage, l'antérieur un peu gros. Pansement iodoformé.

Durée de l'opération, une heure. Chloroforme Yvon, 120 grammes.

Le malade a eu beaucoup d'agitation dans la journée, il a vomi à plusieurs reprises et s'est plaint de céphalalgie. Son oreiller est inondé de liquide céphalo-rachidien. Le lendemain on fait le panse-

ment, les tubes sont remplacés par de plus petits. L'écoulement du liquide céphalo-rachidien persiste quelques jours encore.

Le 7 juin, l'écoulement est insignifiant, les tubes sont retirés. La plaie est réunie.

Les suites opératoires ont été excellentes, car, dès le quatrième jour, il se promenait en fumant. Localement les cheveux recouvrent bien la région où se sentent les battements du cerveau. Mais les crises épileptiques sont fréquentes, avec perte de la mémoire. Le sujet demande à ce qu'on tente une nouvelle trépanation.

Obs. X (nº 12). — *Épilepsie vraie. Trépanation dans la région des centres. Grande amélioration.*

Le nommé T... (Alphonse), âgé de 22 ans, sellier, est entré à l'hôpital Saint-Louis, salle des Baraques, nº 58, le 17 août 1887.

Cet homme est épileptique depuis l'âge de 17 ans. Sa famille n'a présenté aucun cas d'épilepsie. Souvent ses attaques s'accompagnent de phénomènes de contracture dans la main et le bras droits, mais jamais il n'a eu de troubles de la parole. Par intervalle il éprouve une sensation de pesanteur, une sorte d'engourdissement dans la main droite.

Opération (18 août 1887). — La ligne rolandique est déterminée à gauche, une incision menée sur cette ligne d'emblée jusqu'à l'os, une deuxième incision est faite en avant sur l'extrémité supérieure de la première, de manière à circonscrire un lambeau triangulaire antérieur, de telle sorte qu'en soulevant ce lambeau on puisse placer les couronnes de trépan sur la partie moyenne de la ligne rolandique. La grande couronne de 3 centimètres est d'abord appliquée, puis une deuxième au-dessus et en arrière de la première. Le pont osseux intermédiaire est enlevé avec la pince gouge. Le crâne est très épais. Une hémorrhagie considérable est causée par la section d'une veine méningée; cette hémorrhagie est arrêtée en plaçant du catgut à la partie supérieure de la perte de substance. La dure-mère et l'arachnoïde sont ouvertes en deux points, on met bien à nu le sillon de Rolando. La plaie est ensuite suturée et drainée. Pansement à l'iodoforme, sachets et ouate de tourbe.

Durée de l'opération, une heure vingt minutes. Chloroforme Yvon, 75 grammes.

La marche est très simple. Le lendemain le pansement est inondé de liquide céphalo-rachidien. On le change, et on profite de l'occasion pour mettre un drain plus petit. Ce drain est complètement supprimé quatre jours plus tard. A partir de ce moment, il n'y a plus rien à signaler; la guérison a eu lieu très rapidement et très simplement.

Le malade sort le 16 septembre 1887.

A la sortie, le malade était bien, il avait eu cependant une attaque très peu après l'opération.

Je ne l'ai pas revu en 1888, mais le sujet précédent m'a affirmé

qu'il était guéri, qu'il le voyait souvent et qu'il pouvait travailler régulièrement, n'étant plus repris de ses attaques.

C. *Opération pour épilepsie symptomatique.*

Les deux cas qui suivent sont des cas d'épilepsie symptomatique, l'un d'une hyperostose syphilitique, l'autre d'une lésion traumatique ancienne. Les résultats ont été très satisfaisants, en ce sens que l'action de la trépanation a été évidente, diminution des phénomènes de paralysie, disparition des crises ; mais les résultats définitifs ont été peu accentués à cause des lésions acquises. Dans des cas aussi nets, il faudrait intervenir beaucoup plus rapidement. Mais même à cet état l'intervention rend service.

Obs. XI (n° 9). — *Hémiplégie droite incomplète. Aphasie. Crise épileptiforme. Trépanation de la région des centres à gauche. Hyperostose crânienne enlevée. Diminution très notable de paralysie.*

Le nommé Ch... (Henri), âgé de 29 ans, peintre en bâtiments, entré le 5 février à l'hôpital Tenon, salle Nélaton, n° 13, pour une hémiplégie incomplète du côté droit avec troubles de la parole.

A eu des convulsions jusqu'à l'âge de 7 ans. Prétend avoir eu des coliques de plomb. A été soigné au Midi, il y a quatre ans, pour une blennorrhagie, mais n'y a pas suivi de traitement anti-syphilitique.

Habitudes alcooliques.

Il y a trois ans, sans cause appréciable, le malade a une sorte d'attaque d'épilepsie avec morsure de la langue à la suite de laquelle il présente une hémiplégie droite avec aphasie. Il est alors soigné dans le service de M. Troisier qui lui fait prendre de l'iodure de potassium. Au bout d'un mois, on constate une légère amélioration et le malade quitte l'hôpital. Depuis cette première attaque, le malade en a eu sept autres, après chacune desquelles sa paralysie semblait augmenter. La dernière remonte à deux mois et demi ; il était en traitement dans le service de M. Dreyfus, où il avait subi de nouveau un traitement anti-syphilitique.

Le malade est peu intelligent, il répond avec lenteur et sans précision, la parole est hésitante, tout à fait incompréhensible, et chaque mot nécessite un effort considérable qui détermine des contractions dans les muscles de la face. La commissure des lèvres est nettement déviée à gauche, mais on ne constate aucune déviation de la langue ni de la luette.

La jambe droite est parésiée ; pendant la marche, le pied ne quitte pas le sol. Les mouvements du bras sont encore plus incomplets ; le malade avec bien des efforts, arrive à peine à soutenir le bras soulevé à la hauteur de l'épaule ; il ne peut mettre la main derrière la tête. Il n'y a pas d'atrophie apparente ; cependant la mensuration accuse une différence notable en faveur du bras gauche.

Pas de trépidation épileptoïde, mais les réflexes rotuliens sont exagérés. La sensibilité est seulement retardée du côté droit; pas de troubles des organes des sens. L'état général est bon, rien au cœur ni aux poumons, les urines sont normales.

Opération (10 février 1887). — La tête est complètement rasée et soigneusement nettoyée. Au moyen du compas de Broca, la ligne rolandique est déterminée, puis tracée à l'encre. L'incision est faite sur cette ligne, du premier coup jusqu'à l'os, afin de ne pas perdre la ligne ; puis une deuxième incision perpendiculaire au milieu de cett première est dirigée en avant, afin de permettre de découvrir les centres des mouvements du bras et de la parole. Une couronne de trépan de 3 centimètres de diamètre est appliquée en ce point; l'os est très épais surtout en avant où il y a une sorte d'exostose dont le centre est enlevé entre les deux couronnes de trépan. Une deuxième couronne de 22 millimètres est appliquée en avant et en bas de la première, en laissant un pont osseux de plusieurs millimètres entre les deux couronnes. Ce pont est enlevé avec la pince de Nélaton ; puis toute l'ouverture osseuse est largement agrandie jusqu'à ce que les limites de l'épaississement de l'os soient franchies ; la plaie est suturée et drainée. Pansement iodoformé, sachets, ouate de tourbe.

Durée de l'opération, quarante-cinq minutes. Chloroforme Yvon, 75 grammes.

Marche. — Le soir on constate un peu d'agitation, mais la température n'est que de 37°,2. Le lendemain, légère élévation de la température, toujours un peu d'agitation ; le malade parle un peu mieux; au dynamomètre, il fait 17 kilogrammes de la main droite et 58 kilogrammes de la gauche.

A partir de ce jour, rien de particulier à noter. La plaie est complètement réunie le 17. Le malade fait chaque jour quelques progrès ; il parle plus facilement, mais la marche surtout est améliorée; il ne traîne plus la jambe et peut soulever le pied. Il met facilement la main derrière la tête ; enfin, au dynamomètre, il fait des progrès réguliers.

A la fin de mars, sa démarche est absolument normale, il peut courir et même sauter. De la main droite il donne 50 kilogrammes au dynamomètre, presque autant que de la main gauche avec laquelle il donne 62 kilogrammes. On l'emploie dans la salle pour faire le service. Sa parole reste toujours embarrassée, hésitante et sa commissure est toujours un peu déviée à gauche. Enfin depuis l'opération, il n'a pas eu la moindre attaque épileptiforme. Il sort de l'hôpital le 3 mai 1887.

J'ai revu le malade à la fin de 1887. Il n'avait pas fait de nouveaux progrès, la marche était bonne mais le bras droit était faible. La parole était à peu près la même. Les parents voulaient le faire entrer à Bicêtre. Je crois qu'ils exagéraient son infirmité. Il est entré depuis à Bicêtre.

En somme, il avait subi une amélioration considérable sur l'état primitivement observé, mais sa guérison était loin d'être complète. Il est

bien probable que, s'il avait été opéré à une époque plus rapprochée du début des accidents, il aurait pu être guéri.

Obs. XII (nº 13). — *Epilepsie symptomatique avec hémiplégie incomplète, suite de plaie du côté gauche du crâne. Trépanation. Large détachement d'adhérences. Amélioration très notable.*

Le nommé M... (Marcel), âgé de 27 ans, colporteur, entre à l'hôpital Saint-Louis, isolement nº 35, pour des crises épileptiformes et hémiplégie droite incomplète.

Le 14 février 1882, le blessé reçoit un coup de couteau sur la tête, le couteau pénètre à une grande profondeur et est retiré avec peine par les assistants. Il est ensuite conduit dans le service de M. Verneuil, où il reste quinze jours dans le coma. Lorsqu'il revient à lui, il est paralysé du côté droit, y compris la face ; la parole est difficile. Il sort de chez M. Verneuil le 24 mars 1882, et entre dans le service de M. Charcot où il reste onze mois ; à la fin de son séjour, la parole et la mémoire sont à peu près revenues.

Au mois de juin 1885, il a une première attaque épileptiforme ; puis quatre mois plus tard, une deuxième. A partir de ce moment, les attaques deviennent plus fréquentes ; il en a une environ tous les mois.

Depuis peu, il a des douleurs très violentes du côté gauche de la tête. Il peut marcher, mais avec peine et en boitant. Les muscles de l'épaule, le grand pectoral et les muscles de l'avant-bras droit sont en état de contracture ; tout le membre est amaigri, la main est fléchie en griffe et tout à fait impotente.

Localement il existe fort peu de traces du coup de couteau et point d'enfoncement du crâne.

Opération (5 janvier 1888). — On trouve la trace de la blessure sur le frontal du côté gauche en avant de la ligne rolandique. Cette ligne est déterminée, puis une incision menée sur elle ; une deuxième incision est menée en avant pour circonscrire un lambeau triangulaire, antérieur. La grande couronne est appliquée au milieu de la région des centres, puis une deuxième fois, en avant, juste sur le siège de la blessure. En cet endroit, la dure-mère adhère à l'os et est entamée par la dent de la scie. A la face profonde du crâne existe une saillie osseuse qui se continue en avant ; l'orifice est encore agrandi en ce sens. Le pont osseux situé entre les couronnes est enlevé. La dure-mère paraît aplatie. Il s'écoule pendant l'opération une assez grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Quelques vaisseaux donnent du sang et nécessitent l'application de 4 catguts. La plaie est ensuite suturée et drainée. Pansement iodoforme, sachets, ouate de tourbe.

Durée de l'opération, une heure. Chloroforme Yvon, 45 grammes.

Le lendemain, pansement ; l'oreiller et le pansement sont inondés par le liquide céphalo-rachidien. Le tube est changé.

Le 8 janvier au matin, crise épileptiforme, qui dure cinquante-cinq minutes ; nouveau pansement, tube enlevé ; la plaie est en excellent état. Elle est complètement guérie le 17, et le malade sort de l'hôpital

le 5 février 1888, après avoir eu une courte attaque (10 minutes) le 31 janvier.

On peut constater les résultats suivants : la démarche est passable mais s'effectue encore en boitant. La main droite devient de plus en plus puissante ainsi qu'on peut le constater au dynamomètre. Avant l'opération, le malade, par un grand effort de pression, obtenait 15 kilogrammes de la main droite ; dès les jours qui ont suivi l'opération, il y avait un peu d'amélioration et le jour de la sortie il amenait facilement 25 kilogrammes.

Revenu à l'hôpital quelques jours plus tard, il n'avait pas eu de nouvelles attaques, il marchait mieux, et surtout, depuis le jour de son opération, il ne ressentait plus aucune des douleurs dont la tête était le siège auparavant.

IV. — Conclusions sur la trépanation.

Ce qui frappe le plus dans toutes ces interventions, c'est l'innocuité. On ne saurait trop insister sur ce caractère, qui permet réellement d'utiliser la trépanation. Il faut en effet pour la proposer, dans des cas où la vie n'est pas immédiatement en danger, que l'opération ne mette pas, elle, la vie en danger.

Pour bien faire même, il ne faudrait pas attendre que les vertiges ou les douleurs aient rendu la vie insupportable. Il faudrait opérer à une époque plus rapprochée du début des accidents. Pour les douleurs ou les vertiges qui peuvent avoir leur point de départ dans une irritation plus ou moins directe des méninges, les accidents revêtent un caractère névralgique. Les sujets prennent à la longue un état particulier, une sensibilité exquise, une irritabilité particulière. Il se fait chez eux quelque chose d'analogue à ce que l'on observe chez les individus qui ont été le sujet d'un traumatisme d'un tronc nerveux et chez lesquels se développent des névrites ascendantes. Si les accidents sont anciens, invétérés, même la suppression du foyer du mal ne suffit plus à les calmer que temporairement, et les accidents reprennent plus haut dans un avenir plus ou moins rapproché.

Dans nos propres observations, les résultats ont été d'autant plus remarquables que les accidents étaient moins anciens. Il faudrait, aussitôt que la réalité de ces accidents et leur siège ont été déterminés, intervenir vigoureusement.

Au premier abord, on peut craindre que les suites soient d'autant plus redoutables que l'ouverture crânienne est plus grande. On peut penser aussi que l'ouverture de la dure-mère, l'incision de l'arachnoïde, même celle de la pie-mère et de la couche superficielle du cerveau, aggravent l'intervention. Pour se convaincre du contraire, il suffira de parcourir les observations ci-dessus. Dans

les cas où il me paraissait inutile d'ouvrir les méninges, je les ai laissées intactes. Eh bien! les observations ne montrèrent pas de différence bien sensible entre les suites. Peut-être y a-t-il eu des vomissements en plus chez ceux dont le cerveau était intéressé; peut-être la douleur de tête a-t-elle été plus vive. Pourtant, lorsque l'arachnoïde a été ouverte, on voit sans complication aucune les énormes écoulements de liquide céphalo-rachidien qui se font sans réaction d'aucune sorte.

Un fait opératoire est menaçant, l'hémorrhagie. Il paraît, du reste, avoir beaucoup plus préoccupé les opérateurs réguliers que les irréguliers. J'ai vu, pour ma part, des hémorrhagies très troublantes au premier abord. Dans trois cas, j'ai dû y remédier par le procédé recommandé par Lister, soit l'empilement de faisceaux de catgut sur l'orifice saignant. J'ai réussi dans les trois cas, même lors de ma quinzième opération, alors que j'avais ouvert le sinus longitudinal supérieur. Je ne serai contredit par aucun des nombreux assistants lorsque je dirai que la vue du jet de sang à un demi-pied de haut avait quelque chose d'effrayant. Il me suffit d'empiler une grande quantité de catgut, certainement plus de 7 mètres de fil dans ce dernier cas, pour arrêter l'hémorrhagie. Dans les trois cas, la résorption de ces masses de catgut fut extrêmement simple; c'est un chapitre de plus à ajouter à l'histoire du catgut tant décrié par ceux qui ne savent pas s'en servir, et dont l'usage constitue une des plus grandes découvertes chirurgicales de notre temps.

Il ne faut pas croire que j'aie pratiqué des ouvertures insignifiantes et regardé timidement dans le crâne. Ce sont des ouvertures considérables que j'ai faites. Mon trépan n'est pas aussi grand que celui que M. Horsley avait proposé, mais il est plus grand que celui employé ordinairement, 18 ou 22 millimètres. J'emploie une couronne de 3 centimètres de diamètre. J'applique deux couronnes séparées par un pont, puis je mords sur la périphérie de l'ouverture avec une pince gouge; j'ai facilement des orifices de 7 à 8 centimètres de long sur 3 ou 4 de large. Leur réparation se fait si bien qu'au cas échéant je ne verrais pas d'inconvénient à les agrandir encore.

Or, si grandes que soient ces ouvertures, leur innocuité est la même. Je n'ai vu aucune différence entre les grandes et les petites baies du crâne pour la simplicité des suites. Je suis même disposé à penser qu'une ouverture très petite du crâne est d'une réparation un peu plus difficile qu'une ouverture de largeur moyenne; assurément il est plus difficile de la bien parachever, de lui faire des bords bien lisses, comme je le recommande toujours.

La lecture de ces observations met encore en relief l'excellence de la méthode que j'ai recommandée pour chercher les centres. On pouvait le prévoir, parce que tous ceux qui ont étudié cette topographie crânienne ont adopté ouvertement ou par des voies détournées, je dirais volontiers dérobées, ma manière de faire. Ici, dans près de la moitié des cas, on a pu suivre une démonstration parfaite. En effet, il y avait des sujets qui avaient des indications tirées des localisations cérébrales.

Chez d'autres, comme les épileptiques, voulant remédier à des troubles moteurs, j'ai trouvé plus sage de placer la perte de substance dans la région motrice.

Dans tous ces cas, j'ai donné aux assistants la démonstration de la précision chirurgicale de ces recherches. J'ai montré comment on tombait à volonté sur un point déterminé du sillon de Rolando, par conséquent sur un point désiré de la région des centres. Comme je le disais tout à l'heure, on est libre de faire des ouvertures très grandes, par conséquent suffisantes pour voir et agir sur une surface déterminée des circonvolutions cérébrales.

Il est bien remarquable que, si les suites immédiates de la trépanation sont simples, les suites éloignées sont plus simples encore. Déjà on montre que des gens qui ont suppuré n'ont pas de difformité notable plus tard. Les Kabyles eux-mêmes, qui enlèvent la peau avec la surface crânienne et dont les plaies suppurent, n'ont pas de grosses difformités. Mais nos cas sont encore bien autrement favorables. Du moment qu'un opéré n'a pas suppuré, que la réunion est parfaite sans suppuration, les traces locales de la trépanation sont réduites à un minimum extraordinaire. Au bout de très peu de mois, il serait impossible de se faire une idée de l'ouverture crânienne. Même sans réparation osseuse, celle-ci est bouchée par un tissu très dur. A la longue, des ouvertures considérables ne laissent même plus percevoir le battement cérébral. Aussi, de mes opérés, aucun ne porte d'appareil spécial, et pour ceux qui présentent une couche épaisse de cheveux, on peut dire qu'ils sont presque aussi garantis que ceux qui n'ont pas été opérés.

On peut faire la trépanation à tous les âges; les miennes varient de 14 à 58 ans. Je crois toutefois que le jeune âge est particulièrement favorable. Les ouvertures osseuses se comblent plus vite. Chez une jeune fille de 18 ans, qui a eu une énorme ouverture avec section complète des méninges, les cheveux étant un peu repoussés, il serait impossible de se rendre compte aujourd'hui de l'opération qu'elle a subie. Toutefois, la réparation m'a paru très satisfaisante chez des sujets très âgés.

Dans les quinze cas où je suis intervenu en dehors du trauma-

tisme, l'indication de l'intervention était un fait médical : douleurs, paralysies, convulsions. C'est une voie que j'ai indiquée depuis longtemps. J'ai commencé par ma proposition de guider les recherches intra-crâniennes sur l'étude des centres moteurs altérés, et mon livre de 1879 a été récompensé par l'Académie de médecine (prix Amussat). Mais j'ai été plus loin par l'exemple, et mes deux premières opérations, qui ne se rattachent guère au traumatisme, sont antérieures à celles de M. Horsley, de Londres (15 octobre 1885 et 3 mai 1886). La première opération de M. Horsley est du 26 mai 1886.

Si je rappelle cette particularité, ce n'est pas que je veuille rien enlever à M. Horsley ; j'estime que ses travaux sur la trépanation et sur les localisations cérébrales sont extrêmement remarquables ; mais j'étais avant lui dans cette voie, et, même chez nous, on a quelquefois oublié ce détail de l'histoire du trépan. Je crois avoir beaucoup contribué à ramener au trépan et à introduire l'ouverture du crâne dans une voie médicale. J'ai du reste montré, en d'autres publications, que, si le trépan revenait en honneur en Allemagne et en Angleterre, c'était à la suite d'une renaissance déterminée par des travaux français.

Je ferai remarquer à cet égard combien les indications de la trépanation peuvent être variées. On a surtout donné comme indications la recherche possible de tumeurs ou de collections purulentes. Il y a là certainement des ressources très précieuses. Mais, si les recherches intra-crâniennes devaient se borner là, elles resteraient bien rares et bien infructueuses. Les résultats définitifs de ces sortes de recherches n'ont pas une importance comparable avec ceux des trépanations faites pour bien d'autres causes, et j'affirme que si on veut bien étudier toutes les indications de trépanation, elles seront très communes.

Au premier rang de ces indications, il faut placer les douleurs fixes intra-crâniennes, qui constituent d'ailleurs rarement un symptôme isolé. Communément elles s'accompagnent de troubles moteurs, surtout de vertiges. Il est bien remarquable que, dans ces cas, même si on ne constate aucune lésion, l'opération peut amener la disparition de tous les accidents.

Les troubles moteurs fournissent des indications excellentes et des paralysies plus ou moins complètes, les convulsions serviront d'indications communes.

L'épilepsie symptomatique est certainement une des conditions les plus favorables pour opérer. Quant à l'épilepsie vraie, le peu de résultats obtenus par mes opérations ne démontre pas qu'il faille y renoncer. Il faudrait intervenir chez des sujets très jeunes, à une époque rapprochée du début des accidents, où il n'y ait pas

encore d'habitudes cérébrales prises; dans le seul cas où j'ai obtenu un résultat, le début de l'épilepsie n'était pas très ancien.

Quel que soit, du reste, le motif de la trépanation, pour avoir des résultats très satisfaisants, il ne faudrait pas intervenir à une période très avancée. Il est très bien d'épuiser toutes les ressources de la thérapeutique avant d'intervenir chirurgicalement, mais il ne faudrait pas exagérer dans ce sens.

Les lésions syphilitiques elles-mêmes n'échapperaient pas à la trépanation dans un certain nombre de cas. En effet, il n'est pas rare qu'elles soient périphériquement développées, soit dans les méninges, soit sur les os du crâne eux-mêmes. Or, il y en a de si lentes à obéir à l'action des médicaments, que des lésions secondaires sont acquises lorsque la cure est terminée. C'est le cas par exemple pour des paralysies localisées, comme en est un exemple notre observation XI (n° 9 du tableau). Je pense donc que, dans les cas où l'action des médicaments ne sera pas très rapide, très satisfaisante, il y aura lieu d'intervenir chirurgicalement.

Ces interventions sont évidemment encore très empiriques. Il est difficile de déterminer exactement la cause de leur succès. Il est probable qu'elles suppriment une irritation locale méningée ou qu'elles amènent une décompression du cerveau. Or, cette décompression du cerveau, ce desserrement d'un organe à l'étroit pourrait rendre des services dans une foule de cas différents. On pourrait même obtenir le soulagement de grandes douleurs en la provoquant chez des sujets qui ont une lésion cérébrale profonde qu'il est impossible d'atteindre, mais dont les conséquences douloureuses seraient atténuées.

Enfin, la trépanation me paraît si bénigne que, dans des cas obscurs ou la thérapeutique médicale s'est montrée impuissante, je ne vois pas de raison pour ne pas pratiquer une véritable trépanation exploratrice. La malade de l'observation V (n° 14 du tableau) était dans ce cas, et le soulagement obtenu par l'opération a été tel qu'il n'y a pas lieu de la regretter.

Plus nous irons, plus les diverses indications se préciseront. Aux localisations motrices se joindront les localisations sensorielles, et cela d'autant mieux que la trépanation n'est pas représentée par un point, mais par une surface qui peut devenir très large sans inconvénient. On a donc beaucoup de marge pour découvrir la lésion, et il suffirait d'une approximation grossière pour cela.

Pour les malades eux-mêmes, l'opération paraît si simple que deux d'entre eux l'ont subie plusieurs fois, en la réclamant, parce

que la première les avait soulagés. L'un d'eux a été ainsi trépané deux fois [1], et l'autre trois fois.

Quant au procédé opératoire, je répéterai pour la trépanation ce que j'ai dit pour la cure radicale des hernies. Si on veut la pratiquer hardiment et communément, ce ne doit être qu'avec la chirurgie antiseptique la plus parfaite.

Le nettoyage préalable de la tête en particulier doit être soigné dans une mesure que l'on ne saurait exagérer. Je le pratique successivement avec l'eau de panama, l'acide phénique, le sublimé, en rasant complètement la tête.

Au cours de l'opération et après l'opération, l'antisepsie du cerveau et des méninges doit être pratiquée sans hésitation. Ce n'est pas l'action des topiques sur eux qu'il faut craindre, mais la septicité.

La forme de l'incision ne me paraît pas avoir une grande importance. J'ai préféré généralement l'incision en T ou en V, au lambeau semi-ovalaire pour deux raisons. La première, c'est qu'avec cette forme d'incision en allant du premier coup de bistouri jusqu'au périoste vous dessinez sur le périoste la forme de votre incision et vous pouvez prendre le point de croisement des branches du T ou du V comme point de repère pour ne pas vous perdre. Lors qu'en particulier on veut agir dans une région déterminée (point douloureux ou localisations cérébrales), il y a une véritable importance à prendre cette précaution.

Puis il est bien commun qu'au cours de l'opération il y ait lieu d'agrandir le champ opératoire. Cette forme d'incision est plus favorable que toute autre, puisqu'il n'y a qu'à allonger les branches du T dans la direction voulue.

J'ai toujours pratiqué le drainage auquel je trouve de nombreux avantages. Entre autres, l'écoulement abondant de sérosité ou de liquide céphalo-rachidien paraît contribuer notablement à soulager le malade. Puis, comme je l'ai dit bien des fois, le drainage est un élément très important de sécurité qui, là moins qu'ailleurs, ne doit être négligé.

La technique de l'opération ne comprend pas de manœuvres très particulières. J'ai adopté une grande couronne de trépan, soit de 30 millimètres de diamètre. Elle présente un inconvénient dont il faut être prévenu. Les grandes dimensions font souvent qu'un des bords pénètre le crâne avant l'autre, et on court risque de blesser les méninges avant d'avoir enlevé la rondelle. Cet inconvénient m'a empêché d'adopter la couronne conseillée par M. Horsley, couronne de 50 millimètres d'après sa description. L'inconvénient doit être bien plus grave.

[1] Celui qui avait été trépané deux fois a, dernièrement, sur sa demande, été trépané une troisième fois.

TABLEAU I. — *Trépanation du crâne pour traumatisme.*

NUMÉRO d'ordre.	NOM DU MALADE.	MALADIE.	OPÉRATION.	AGE.	PROFESSION.	DATES. Entrée.	Opération.	Sortie.	Mort.	OBSERVATIONS.
1	H... (Charles).........	Plaie insignifiante du cuir chevelu au niveau de la bosse pariétale gauche; fracture du crâne avec enfoncement bien en avant de la plaie; parésie du bras droit; aphasie; crises épileptiformes. Opération cinq jours après le traumatisme.	Une couronne de trépan en avant du foyer de la fracture, les os sont engrenés; une demi-couronne en arrière; ablation d'une esquille enclavée sous les os; sang épanché sur les méninges.	26 ans.	Cordonnier.	16 nov. 1874	22 nov. 1874	Guérison complète, 20 janv. 1875	»	Le 26 novembre la paralysie du bras disparaît. Le 7 décembre la parole commence à revenir. Le 1er janvier il peut lire et écrire. Revu en très bonne santé treize ans après l'opération, infirmier à l'hôpital Tenon.
2	R... (Jérôme).........	Fracture du pariétal droit; chute treize jours avant l'entrée à l'hôpital dans un service de médecine; hémiplégie gauche incomplète.	Quinze jours après l'accident. Trépanation du pariétal droit; pus évacué; ouverture des méninges; évacuation de sang et de matière cérébrale gangrenée.	42 ans.	Menuisier.	13 avril 1881	15 avril 1881	»	15 avril 1881	Mort quelques heures après l'opération; tout l'hémisphère droit est couvert de pus; abcès intracérébral.
3	D... (Pierre)..........	Fracture du crâne; enfoncement manifeste; coma.	Le jour de l'accident. Trépanation; large enlèvement d'une portion du pariétal. Le malade paraît s'éveiller au cours de l'opération.	43 ans.	Peintre en bâtiments.	13 août 1885	13 août 1885	»	14 août 1885	Chute d'un premier étage; opéré dans le coma; meurt sans être sorti du coma, quelques heures plus tard. Énorme fracas de la base du crâne.
4	M... (François)........	Fracture du crâne; enfoncement du pariétal droit par une pomme de canne en bronze; un vomissement.	Deux jours après l'accident. Trépanation juste au niveau d'une fracture ouverte; enfoncement très étroit; enlèvement d'un fragment de table interne ayant pénétré le cerveau en entraînant des cheveux.	22 ans.	Journalier.	2 avril 1886	4 avril 1886	23 avril 1886	»	Guérison. Le malade a été revu, deux ans plus tard, en très bon état.
5	L... (Justine).........	Fracture du crâne avec enfoncement intéressant le frontal, le pariétal et le temporal gauches, causé par le piétinement d'un cheval.	Quelques heures après l'accident. Découverte de deux fragments enfoncés et s'étendant sur plus du tiers de la surface droite du crâne; résection avec une pince de Nélaton d'une portion considérable du frontal et du temporal; extraction d'un caillot enkysté sous le frontal; incision des méninges.	14 ans.	Couturière.	14 mars 1888	15 mars 1888	28 avril 1888	»	Apportée sans connaissance à l'hôpital; opérée dans le coma; reprend connaissance le 18 mars; guérit très bien. Revue en juin en excellent état.

Tableau II. — *Trépanation du crâne pour accidents cérébraux en dehors des fractures.*

NUMÉRO d'ordre.	NOM DU MALADE.	MALADIE.	OPÉRATION.	AGE.	PROFESSION.	DATES. Entrée.	Opération.	Sortie.	OBSERVATIONS.
1	D... (Charles), envoyé par le Dr Signez.	Ancien traumatisme crânien; accidents cérébraux; vertiges.	Trépanation sur le pariétal postérieur gauche en avant de la saillie de l'écaille de l'occipital. Déformation probablement congénitale. Pas d'ouverture de la dure-mère, qui est assez adhérente.	40 ans.	Coupeur en chaussures.	8 oct. 1885	15 oct. 1885	9 nov. 1885	Sort guéri. La guérison s'est très bien maintenue; les vertiges ont complètement disparu.
2	S... (Charles), envoyé par le Dr Dujardin-Baumetz.	Douleurs fixes d'un côté de la tête, titubation.	1re *Opération.* — Deux couronnes placées au niveau d'un point douloureux sur la partie antérieure du pariétal gauche; aucune lésion observée.	45 ans.	Employé.	27 avril 1886	3 mai 1886	»	Guérison complète de la douleur en ce point. Un deuxième point douloureux en arrière n'est pas modifié.
3	*Idem*................	*Idem*...........................	2e *Opération.* — Trépanation sur la partie postérieure du même pariétal.	»	*Idem.*	»	26 juin 1886	Sort de Tenon en 1887 et revient à Saint-Louis.	Cette deuxième opération ne donne aucun résultat sensible; les douleurs persistent.
4	*Idem*................	*Idem*...........................	3e *Opération.* — En arrière de la deuxième et comprenant la marge postérieure de celle-ci; très large opération sans ouverture de la dure-mère.	»	*Idem.*	8 juin 1887	1er juill. 1887	.. juin 1888	Il y a eu une certaine amélioration, assez sensible pour que le malade puisse écrire et lire; paroxysmes plus rares, mais la douleur postérieure persiste.
5	S... (Guillaume)......	Ancien choc sur le crâne? Vertiges, douleurs de tête intenses.	1re *Opération.* — Deux couronnes de trépan très larges à la partie postérieure du pariétal au point qui avait été frappé trois mois auparavant.	55 ans.	Menuisier en pianos.	9 août 1886	19 août 1886	19 oct. 1886	Trépané dans la région présumée du choc reçu il y a trois mois. Résultat peu marqué de l'opération. Au bout de six semaines, retour des accidents.
6	*Idem*................	Persistance des vertiges avec douleurs frontales. Le malade avait été soulagé quelques semaines.	2e *Opération.* — Très large trépanation au milieu du pariétal droit, où j'ai choisi la région des centres. Hémorrhagie assez grave due à une veine des méninges, qui ont été largement ouvertes.	56 ans.	*Idem.*	21 févr. 1887	24 mars 1887	3 mai 1887	Devant les vertiges persistants, j'ai fait une nouvelle trépanation, qui a fait tout disparaître. Revu le 25 juin, vertiges absolument disparus. Un an plus tard, une partie des accidents revenus; troisième trépanation (1888)
7	X..., envoyé par le Dr Signez.	Épilepsie vraie; grand'mère épileptique. Premières convulsions à l'âge de 14 ans. Sœur ayant eu des accès. Troubles aphasiques après certains accès.	Très large trépanation dans la région des centres du côté gauche. Deux couronnes; ouverture de la dure-mère et de l'arachnoïde; écoulement immédiat de sérosité.	21 ans.	Graveur.	»	15 déc. 1886	»	Guérison rapide; écoulement énorme de sérosité dans les premiers jours. Amélioration très marquée d'abord; mais les accès sont revenus, quoique plus faibles.
8	B... (Jean)............	Vertiges et douleurs avec vomissements; suite de choc sur la région frontale, gauche deux mois avant l'opération.	Une couronne de trépan sur le frontal. Aucune trace de fracture du crâne.	56 ans.	Cordonnier.	8 janv. 1887	13 janv. 1887	7 févr. 1887	Cet homme avait séjourné déjà à l'hôpital, du 24 novembre au 6 décembre 1886, pour un coup de rouleau sur la tête. Depuis sa sortie, douleurs continuelles, vertiges, vomissements. Après son opération, tous les accidents ont disparu. Revu depuis; la guérison s'est bien maintenue.

NUMÉRO d'ordre.	NOM DU MALADE.	MALADIE.	OPÉRATION.	AGE.	PROFESSION.	DATES. Entrée.	Opération.	Sortie.	OBSERVATIONS.
9	M... (Henri)...........	Épilepsie symptomatique. Parésie du membre supérieur et du membre inférieur droits; aphasie, convulsions épileptiformes rares, depuis trois ans.	Trépanation dans la région des centres à gauche. Une grande couronne et une petite avec un pont. Ablation d'une hyperostose considérable.	29 ans.	Peintre.	5 févr. 1887	10 févr. 1887	3 mai 1887	L'opération a fait tomber sur une hyperostose. Dès le deuxième jour, la main, qui ne pouvait être relevée, était portée facilement sur la tête; la jambe ne traînait plus. L'aphasie a été moins améliorée. Aucune attaque dans ces deux mois de séjour. Les progrès, plus tard, n'ont pas continué.
10	R... (Lucien)..........	Épilepsie vraie ayant débuté à l'âge de 4 ans.	Trépanation très large dans la région des centres à gauche. Grosse et moyenne couronne; ouverture de l'arachnoïde.	24 ans.	Marchand de vins.	21 févr. 1887	27 févr. 1887	8 mars 1887	Guérit très vite de l'opération. Au bout de dix jours, courte attaque; il lui revient des attaques plus courtes qu'auparavant; perte énorme de liquide céphalo-rachidien dans les jours qui suivent l'opération.
11	T... (Henri)............	Épilepsie........................	Trépanation du crâne dans la région des centres. Ouverture des méninges en arrière du sillon de Rolando. Deux drains dans la plaie.	20 ans.	Typographe.	31 mai 1887	2 juin 1887	22 juin 1887	Guérit très vite de l'opération. Perte énorme de liquide céphalo-rachidien pendant les premiers jours; l'écoulement cesse quand on enlève les drains. Pas de résultats.
12	T... (Alphonse)........	Épilepsie avec troubles moteurs...	Trépanation dans la région des centres (deux couronnes de 3 centimètres). Incision des méninges en deux points; hémorrhagie considérable.	22 ans.	Sellier.	17 août 1887	18 août 1887	16 sept. 1887	Écoulement considérable de liquide céphalo-rachidien. L'amélioration a été très considérable; au dire d'un camarade dix mois plus tard, il n'avait pas eu de convulsions.
13	M... (Marcel)..........	Plaie ancienne du crâne de six années. Hémiplégie droite; crises épileptiformes. Douleurs de tête très vives.	Trépanation dans la région des centres. Deux couronnes, l'une sur le siège de la blessure. En ce point la dure-mère est adhérente; ouverture très large des méninges.	27 ans.	Colporteur.	2 janv. 1888	5 janv. 1888	4 févr. 1888	Guérison rapide; amélioration considérable de la paralysie du bras et de la main; disparition complète des douleurs de tête.
14	D... (Madeleine), envoyée par le Dr Babinski.	Douleurs crâniennes; bruits intracrâniens; vertiges.	Trépanation au niveau de la bosse pariétale gauche (deux couronnes de 3 centimètres et un pont). Ouverture de la dure-mère en deux points et de l'arachnoïde. Aucune lésion rencontrée.	18 ans.	Demoiselle de magasin.	6 févr. 1888	29 mars 1888	.. juin 1888	Vomissements pendant quarante-huit heures; douleurs de tête immédiates, violentes, mais l'atténuation des douleurs est considérable; les bruits continuent à être perçus.
15	H... (Basilide), envoyée par le Dr Frayne.	Douleurs de tête, suite de contusion crânienne datant de trois ans. Point douloureux sur le sommet de la tête un peu à gauche.	Trépanation sur les points douloureux (partie moyenne du pariétal). Ouverture du sinus longitudinal; hémorrhagie arrêtée en empilant 4 ou 5 mètres de catgut contre le sinus.	29 ans.	Sans profession.	7 mai 1888	10 mai 1888	11 juin 1888	Suites très bonnes; disparition de la douleur à peu près immédiate. A sa sortie, tout était disparu.

L'agrandissement de l'orifice dans la forme voulue est obtenue, après placement d'une ou deux couronnes, à l'aide de la pince-gouge dont je me sers beaucoup, et avec laquelle on donne aisément toute forme ou toute dimension à l'orifice.

En résumé, l'opération faite dans des conditions que j'ai déterminées me paraît prête à rendre service dans une foule de cas où la thérapeutique médicale a échoué. Les cavités de l'abdomen, de la poitrine, inaccessibles autrefois, sont facilement ouvertes aujourd'hui, sans attendre que les lésions auxquelles on peut remédier soient incurables. Pour le crâne, il doit en être de même. On peut intervenir chirurgicalement dans bien des cas. Il est nécessaire que les médecins s'en rendent compte, car il faut en quelque sorte que le chirurgien obéisse aux indications qu'ils auront déterminées. Il faudra qu'ils aient précisé les cas où on aura à intervenir. Pour cela, il est nécessaire qu'ils connaissent les ressources nouvelles que nous avons apportées à la thérapeutique opératoire.

Discussion.

M. Reclus. J'ai eu occasion de voir à Bicêtre un homme qui, à la bataille de Wœrth, en 1870, avait reçu à la tête un éclat d'obus. La cicatrice de la blessure s'étendait du frontal au pariétal, sur une étendue de 15 à 20 centimètres; aux deux extrémités de cette ligne, on percevait un enfoncement des plus nets. Cet homme était en proie à des accès épileptiques, se reproduisant presque tous les jours, accès dont la moindre cause, un simple effleurement, un coup de vent, l'approche d'un corps étranger, sans contact direct, suffisait à provoquer le retour. On lui a fait fabriquer et porter, pour le protéger, une sorte de casquette à deux ou trois ponts, absolument insuffisante d'ailleurs.

Mon collègue M. Feré, dans le service duquel ce malade se trouvait, me demanda mon avis sur l'opportunité d'une trépanation. Je consentis à la tenter. Je fis une longue incision de 25 centimètres de long, limitant un large lambeau que je relevai; il mettait presque la tête entière à découvert. Une première application de trépan fut faite sur le frontal, au niveau de l'enfoncement antérieur; elle ne donna rien; la rondelle osseuse enlevée était absolument saine. Je me reportai alors plus en arrière, à la hauteur du second enfoncement. Ici la première couronne mit à découvert l'extrémité d'une petite exostose; il en fallut quatre autres pour la libérer complètement et en permettre l'ablation. Au cours de ces manœuvres le sinus longitudinal fut ouvert; l'accident n'eut pas d'importance; il suffit en effet du doigt, bien désinfecté, d'un aide, pour mettre sans peine un terme à l'écoulement sanguin.

Je rabattis mon lambeau, le fixai par des sutures, appliquai pardessus un pansement exactement compressif; pas de drain. Huit jours après, pansement; la réunion était complète; il n'y eut pas une goutte de pus.

Le résultat fut merveilleux. Depuis le jour de l'opération, cet homme, sujet à des attaques incessantes, n'en eut plus une seule. Il se trouvait lui-même tellement amélioré, qu'il se déguisa et parvint à s'enfuir de l'hospice. On le retrouva; il put être suivi pendant un mois et demi. La guérison se maintint parfaite.

M. Feré n'était pas d'avis que ce fait fût porté à l'actif de la trépanation dans les cas de traumatisme crânien. Il se demandait, en effet, si, malgré l'existence incontestable de l'exostose dont j'ai parlé, la libération de la cicatrice n'avait pas été la vraie cause de l'amélioration survenue; s'il n'aurait pas suffi pour la produire, conformément à la théorie qu'il défend, d'une simple incision cutanée.

Je ne vous ai, du reste, rapporté ce fait que pour vous montrer, par un nouvel et bien saisissant exemple, l'innocuité de l'opération, alors même qu'elle est traversée par un incident réputé dangereux, l'ouverture du sinus longitudinal, qui, en réalité, s'est trouvé être sans gravité aucune.

M. Trélat. Puisque la question est ouverte, j'en profite pour vous communiquer une observation qui me paraît d'une certaine importance.

Il y a deux ans, j'étais consulté par un jeune homme de 26 ans qui, cinq ans auparavant, s'était, dans une chute de cheval, fait, au niveau du pariétal gauche, une large plaie des téguments du crâne. Une cicatrice était la seule trace visible de l'accident; il n'y avait ni dépression ni saillie du squelette. Depuis un an et demi, ce jeune homme était sujet à des crises mal caractérisées, épileptoïdes plutôt que franchement épileptiques; c'était une sorte de douleur obsédante, avec tendance aux vomissements et aux vertiges et sensation de malaise indéfinissable. Lorsque la crise survenait, il était obligé de s'enfuir au plus vite, pour s'aller jeter sur son lit ou pour s'étendre par terre. Il restait en cet état plusieurs heures, puis reprenait ses sens et pouvait de nouveau vaquer à ses affaires. Cette situation était d'autant plus insupportable qu'habitant aux colonies, aux Antilles, il était souvent obligé à de longues courses à cheval, seul, loin de tout secours.

J'hésitai à lui proposer d'emblée une intervention chirurgicale; l'absence de toute lésion appréclable du squelette, le long intervalle, parfois de deux mois, qui séparait les crises, expliquent suffisamment ma réserve. J'essayai tout d'abord de l'hydrothéra-

pie, du bromure de potassium et d'une bonne hygiène générale. Il fallut bientôt en rabattre. Le sujet était absolument décidé à tenter une opération. Au bout de quinze jours du traitement que je lui avais conseillé, il me fit entendre que si je me refusais plus longtemps à agir il irait se faire opérer ailleurs.

Je finis par céder, et au mois d'octobre ou de novembre 1886 je le trépanai. Je fis, comme M. Reclus, pour éviter les angles de la section cruciale, une incision courbe, limitant un lambeau assez étendu. La couronne enlevée m'ayant paru insuffisante, j'abattis, avec le ciseau et le marteau, les parties osseuses voisines; je finis ainsi par créer une large perte de substance, carrée, mesurant 3 centimètres sur chaque côté. Je ne trouvai, au cours de l'opération, d'autre lésion appréciable qu'un épaississement, une véritable hyperostose du squelette.

Au bout de cinq jours, mon malade était guéri. Il eut, trois semaines plus tard, une ébauche d'attaque, et, depuis lors, absolument rien. Je lui avais conseillé, pour mettre la perte de substance du crâne à l'abri, de porter habituellement une sorte de coiffe en cuir moulé, à laquelle il a promptement, et sans aucun inconvénient, renoncé.

Il est aujourd'hui retourné dans son pays; j'ai eu souvent de ses nouvelles, le bien-être obtenu a persisté.

M. Quénu lit à ce propos le travail suivant : *De la trépanation préventive dans les fractures du crâne avec plaie.*

M. L.-Championnière nous a présenté une série de 20 trépanations faites pour différentes affections du crâne ou du cerveau, pour des traumatismes et pour des affections spontanées. Entre ces observations aucun autre lien que l'opération elle-même, et d'ailleurs c'est moins pour discuter les indications du trépan que pour en démontrer l'innocuité que M. Championnière a semblé faire sa présentation.

J'apporte devant vous l'histoire de deux trépanations suivies de succès chez des malades atteints de fractures de la voûte avec plaie et opérés le plus près possible de l'accident; chez mon second malade il n'y avait aucun trouble encéphalique, j'ai cru devoir quand même intervenir. Comme il m'a paru, d'après les dernières discussions de 1885 et 1886, qu'ici même l'accord n'était pas unanime quant aux règles de la conduite à tenir dans les fractures avec plaie, j'ai cru devoir ajouter au récit de mes deux faits quelques observations inspirées par la lecture de nos bulletins et par celle de la littérature étrangère de ces trois dernières années.

Il est bien entendu que j'applique le terme trépanation à toute opération qui consiste à faire une ouverture aux os du crâne, que

celle-ci soit faite avec ou sans trépan ; je ne fais, en cela, que suivre Dieffenbach, Roser, Bluhm, Bergmann, etc.

Voici d'abord l'histoire de mes deux malades.

Fractures du crâne avec enfoncement. Trépanation. Guérison.

Observation I. — D... (B.), âgé de 39 ans, contremaître mécanicien, essayait, le 30 mai 1888, une nouvelle machine à pulvériser le coke (qu'il appelle un brouilleur à coke), dont les roues tournent avec une vitesse de 1,500 tours à la minute. Une des roues de fonte éclata, et les fragments furent lancés au loin avec une violence extraordinaire ; l'un d'eux traversa le toit de l'atelier, d'autres furent retrouvés à 700 mètres; un fragment frappa le malade en plein front, un peu à gauche de la ligne médiane, et le renversa sans connaissance. On m'apporta le blessé au Dispensaire de Levallois, une demi-heure à peine après l'accident : déjà la commotion s'était dissipée, le malade avait toute son intelligence et ne présentait aucun symptôme encéphalique. Je constatai l'existence d'une plaie nette du front allant de la racine du nez, tout près de la naissance des cheveux, à travers la bosse frontale gauche, et mesurant 8 ou 9 centimètres de long; le frontal présentait une véritable brèche faite comme au sabre, conduisant dans le sinus frontal et permettant de constater l'enfoncement de deux fragments de la table interne. Ces fragments, dont deux principaux mesuraient 2 à 3 centimètres carrés, furent enlevés avec un levier et des pinces à racines.

La dure-mère fut trouvée fortement déprimée et déchirée à la partie inférieure de la brèche frontale. Je lavai soigneusement le foyer avec une solution de sublimé à 1 pour 1,000, et comme la plaie saignait de toutes parts et que je ne pouvais faire de compression efficace autrement, je ne fis pas de réunion et bourrai la plaie de gaze iodoformée; le malade fut adressé par moi à l'hôpital Bichat ; il entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Benj. Anger. M. Anger retira la gaze iodoformée le lendemain matin et fit la réunion de la peau avec drain à la partie déclive. Le drain fut retiré le surlendemain.

Aucune fièvre, aucun accident, ne survinrent, et treize jours après le malade quittait l'hôpital, guéri.

Je l'ai vu il y a quelques jours, c'est-à-dire vingt-cinq jours après le traumatisme : la plaie s'était réunie complètement par première intention. Je ne constatai aucune faiblesse d'aucun côté; l'intelligence est parfaite, la mémoire nette ; le blessé a repris ses écritures, sinon son travail, et ne ressent aucun mal de tête : il a seulement gardé comme une sorte de sentiment de lourdeur, et son sommeil est moins bon qu'avant l'accident.

Obs. II. — On nous apporte à l'hôpital Beaujon, le 24 août 1887, un malade qui vient de subir un grave traumatisme du crâne.

Cluzel (Jean), âgé de 39 ans, se trouvait devant une maison en cons-

truction, lorsqu'il reçut sur la tête, de la hauteur d'un cinquième étage, un panier chargé de dix-huit briques : il fut renversé et perdit immédiatement connaissance. Il est amené environ trois heures après l'accident, couvert de sang, très affaibli, mais sorti déjà de son état comateux ; il répond en bredouillant aux questions, qu'il comprend très bien du reste ; le membre supérieur droit est incomplètement paralysé; les extenseurs de la main sur l'avant-bras sont spécialement et complètement atteints. Il existe une vaste plaie contuse sur la bosse pariétale gauche. Après un nettoyage soigné de la peau et section des cheveux autour de la plaie, on écarte les lèvres de celle-ci et on reconnaît un enfoncement considérable du pariétal, qui est divisé en trois ou quatre fragments.

Le sang continue à couler et provient autant des parties profondes et des interstices des fragments que de la peau. Le malade est tellement faible que nous n'avons pas osé lui donner du chloroforme.

La plaie est agrandie et je constate que de la substance cérébrale lacérée fait saillie dans un point; l'enfoncement, qui porte sur une surface au moins égale à celle de la paume de la main, est tellement accentué qu'un des fragments a chevauché sous les bords du crâne, resté intact. J'essaye sans succès de passer un élévateur et de soulever les fragments, je suis obligé d'enlever, sur l'os sain à côté de la fracture, une rondelle de crâne : par l'orifice ainsi obtenu, j'introduis un levier et je puis relever et enlever les parties osseuses enfoncées. La dure-mère a été lacérée et la substance cérébrale est en bouillie; des branches artérielles appartenant à la dure-mère et à l'écorce du cerveau donnent beaucoup de sang ; je lie les premières et touche les autres légèrement avec le thermocautère.

L'hémostase enfin obtenue, j'irriguai la plaie contuse avec une solution de sublimé à 1 pour 1,000 et ne rapprochai qu'une partie de la plaie cutanée. Des tampons d'ouate iodoformés et un pansement de Lister furent appliqués; le thermomètre marqua 39° le soir; les maux de tête étaient tels qu'on fut obligé de desserrer le pansement.

Le lendemain matin, 25 août, le thermomètre retomba à 38° : l'embarras dans la parole et la céphalalgie sont les mêmes. Aucun changement dans l'état des membres.

Le soir, T. 38°,5. On administre deux verres d'eau de Sedlitz.

26 *août*. T. matin, 37°,8. Pouls normal. La paralysie du membre supérieur droit s'est accentuée beaucoup et est devenue complète. En outre, il existe les phénomènes de parésie du côté du membre inférieur droit, l'extension et la flexion de la jambe sur la cuisse se font avec peine. La sensibilité est intacte. Dans la journée surviennent des vomissements à trois ou quatre reprises. L'urine ne renferme ni sucre ni albumine.

27 *août*. T. matin, 37°,8 ; le soir, 38°,4. L'état général du malade est meilleur, l'intelligence est nette, la parole moins embarrassée; la plaie bourgeonne, elle présente un véritable fongus animé de battements isochrones au pouls.

La température se maintient entre 38° (le matin) et 38°,2 (le soir), les deux jours qui suivent.

Les phénomènes de paralysie s'atténuent dès les premiers jours de septembre et, à partir du 2, la température ne va plus dépasser 37°,8 le soir et 37°,4 le matin. La plaie, toujours pansée avec des tampons iodoformés, est en bonne voie de cicatrisation, le fongus s'est aplati.

Au milieu de septembre, le malade remue aisément la jambe droite, quelques mouvements reparaissent dans le bras droit.

Le 20 septembre, les mouvements d'extension de la main s'exécutent.

Le 25 septembre, C... se lève et se promène avec une béquille. On cautérise les bourgeons avec le nitrate d'argent.

Le 15 octobre, la plaie de tête est presque totalement cicatrisée. Le malade marche sans aide et sans bâton, en traînant la jambe droite et en fauchant. Le bras et l'avant-bras exécutent les divers mouvements, la main serre peu ou pas le dynamomètre.

Le 15 décembre, la marche est moins anormale, la pointe du pied se détache mieux ; la main droite peut saisir des objets, sa pression est de 5 kilogrammes au dynamomètre, tandis que celle de la gauche est de 30 kilogrammes.

L'électrisation du membre supérieur droit est faite régulièrement depuis plus d'un mois.

J'ai eu l'occasion de revoir le malade à la fin de mars, c'est-à-dire sept mois après l'accident. Sa santé était excellente, il n'a présenté ni mal de tête ni étourdissement depuis sa sortie de l'hôpital. Les membres du côté droit ont seulement gardé une faiblesse notable.

La cicatrice cutanée s'est beaucoup réduite, et on croirait à peine, en l'explorant, à la vaste perte de substance du crâne : il faut prendre de véritables artifices pour constater le moindre soulèvement rythmique de l'extrémité antérieure de la cicatrice, qui siège à 4c,4 environ du plan bi-auriculaire. Elle est distante de 2 centimètres de la ligne médiane.

Tels sont les deux faits que j'apporte à l'actif de la trépanation immédiate, et je ne m'avance pas beaucoup, je crois, en affirmant que le second malade au moins a été sauvé par elle.

D'autres succès ont été publiés, depuis votre dernière discussion, sur la trépanation, c'est-à-dire depuis 1886. Je citerai, outre les trois nouvelles observations de Bœckel et les faits personnels de M. Championnière; une observation de trépanation de Rose (*Lancet*, 1885) pour un enfoncement du crâne; une observation de Mackay (*Edinburg medical journal*, 1886-1887); une observation de Bird citée déjà par M. Championnière dans son rapport sur un fait de trépanation secondaire de Routier; une observation de Subbotic (*Wien. med. Presse*, 1886); un fait de Dieu (*Gaz. des hôp.*, 1886), et enfin deux cas de Drew (*Lancet*, 1888), observés à Timorn-hospital (New-Zeland). Dans ces deux derniers, les suites du traumatisme et de l'opération ont été des plus simples;

pas un instant la température ne s'est élevée au-dessus de la normale ; la guérison était obtenue au bout d'un mois pour un des malades, au bout de huit semaines pour l'autre. Le dernier malade a été revu, un an après l'opération.

M. Drew attribue les bons résultats qu'il a obtenus à ce fait que ses deux malades ont été trépanés immédiatement, c'est-à-dire quelques instants après l'accident, je suis très tenté de me rallier à son opinion. J'ai analysé la plupart des observations de trépanations exécutées pour des traumatismes à une distance plus ou moins grande de l'accident, et j'ai été frappé par le résultat des constatations anatomiques faites soit au moment de l'opération, soit à l'autopsie. Dans la plupart des cas, on tombe sur un foyer infecté dans ses parties profondes ; du pus s'écoule, lorsqu'on a relevé les fragments osseux, comme dans les cas de Terrillon, de Drew, de Bird ; ou bien des abcès siègent en pleine substance cérébrale à distance du foyer de fracture et, quelquefois, séparés de lui par une dure-mère intacte. Je citerai comme exemples l'observation de Silvestrini rapportée par Polaillon ; celle de Chavasse, où non seulement la dure-mère était saine, mais où, de plus, la substance grise de l'écorce qui séparait l'abcès du cerveau des méninges avait gardé son aspect normal. Un fait de Girdlestone, publié dans l'*Australian medical journal* de 1885, est comparable. Un individu avait reçu sur la tête un coup de barre de fer. Il refusa l'opération immédiate et mourut, un mois après, sans avoir subi d'opération. On constata à l'autopsie que la plaie du cuir chevelu était presque cicatrisée. La dure-mère était intacte, mais un large abcès siégeait en face du foyer de fracture, entre la dure-mère et la pie-mère.

Comment se fait l'infection dans cette seconde série, on ne le sait pas plus qu'on ne sait comment se font les abcès à distance dans les suppurations de l'oreille ; mais ce que je cherche à mettre en évidence, c'est que l'infection se fait facilement du crâne à l'encéphale, et qu'il y a là des conditions spéciales de propagation encore inconnues, en dehors même de l'état de saleté habituelle du cuir chevelu sur lequel a insisté M. Championnière. Tantôt l'infection est suraiguë, comme dans un cas signalé ici même par M. Lannelongue, et la rapidité de cette suppuration avait beaucoup frappé M. Lannelongue ; tantôt cela se fait chroniquement, lentement, et l'on trouve gros comme un pois de pus concret (observ. de Demons, *Soc. chir.*, 1883), ou des épaississements fibreux ou d'autres motifs d'irritation pour les centres, comme dans l'observation de Routier, la persistance d'un trajet fistuleux datant de deux ans. Ma seconde observation est, du reste, une preuve manifeste de la difficulté, j'allais dire de l'impossibilité,

qu'il y a à débarrasser une plaie du crâne de toute souillure. Malgré mes soins antiseptiques (et je puis dire que j'ai été à bonne école) je n'ai pu empêcher l'encéphale de bourgeonner et de faire hernie. Le résultat eût été vraisemblablement différent si le malade m'avait été apporté immédiatement et non plusieurs heures après le traumatisme.

Je crois, en somme, que le danger dans les fractures du crâne avec plaie ne réside pas dans le simple enfoncement, mais bien dans la fissure elle-même, qui suffit à infecter les parties sous-jacentes à l'os ; sans doute, dans les cas de fissure avec peu ou pas d'enfoncement, la réaction immédiate sera minime, et cela nous engagera à temporiser; mais le danger n'en sera pas moins réel, et on trépanera quelques mois après pour de la pachyméningite, avec un succès relatif et de durée problématique. L'enfoncement des os, à mon sens, à moins d'être excessif, et de s'accompagner de l'implantation d'esquilles dans la substance nerveuse, nous indique que le traumatisme a été intense, qu'il y a vraisemblablement un foyer de contusion cérébrale; mais il n'est pas démontré qu'il détermine souvent des accidents par compression du cerveau, et la preuve en est que la plupart du temps, lorsque l'enfoncement siège en face des centres psychomateux, le relèvement des fragments n'est pas suivi d'un recouvrement immédiat ni même rapide des fonctions. Il ressort pour moi de la lecture des observations et des statistiques que les malades qui succombent à des fractures par enfoncement et plaie succombent à des accidents d'infection aiguë ou chronique, et j'en conclus qu'il faut trépaner immédiatement, sans perdre de temps, lorsqu'il y a indice d'une fracture complète des os du crâne, l'enfoncement fût-il minime, les accidents immédiats fussent-ils nuls.

Cette interprétation des accidents consécutifs aux fractures compliquées de la voûte ne m'est pas, du reste, personnelle ; j'ai lu, non sans satisfaction, que je pouvais m'appuyer sur l'autorité d'Albert (de Vienne) et de Bergmann (de Berlin), qui ne craint pas de dire : « Il faut faire la trépanation primitive dans le but de désinfecter le foyer du traumatisme. » Un chirurgien de Munich, Seydel, a consacré, en 1886, un mémoire à la même thèse. Les statistiques récentes, celles qui datent du temps où on a pratiqué l'antisepsie, sont tout à fait en faveur de l'idée que je soutiens en si bonne compagnie.

Bœckel compte actuellement 9 succès sur 9 trépanations primitives; Schramm (de Breslau) compte 21 succès sur 25 trépanations primitives, soit 8 0/0 de mortalité, tandis que sa mortalité a été de 3 sur 5 pour des trépanations secondaires, et que celle de Bœckel a été de 16 0/0. Nous sommes bien loin, on le voit, de la fameuse

statistique de Bluhm, si souvent invoquée par les temporisateurs et dans laquelle la mortalité était de près de 56 0/0 dans les cas de trépanations primitives, et seulement de 39 0/0 dans les cas de trépanation secondaire. De même, d'après Seydel, la mortalité, qui était de 43 0/0 pour la trépanation primitive, avant l'introduction de l'antisepsie, est tombée depuis à 8 0/0, mais elle reste à 30 0/0 pour les trépanations secondaires.

J'ai, en résumé, avec une façon peut-être un peu différente d'interpréter la pathogénie des accidents, apporté ici un certain nombre de nouveaux faits, dont deux personnels, qui viennent complètement à l'appui des doctrines que M. L.-Championnière a eu le mérite de défendre dès 1875, doctrines qui, je le pense, du moins pour les fractures avec plaie que j'ai seules considérées, rallieront bientôt la majorité des chirurgiens.

M. Lucas-Championnière. Je n'ai pas voulu, dans ma communication, aborder tous les points que soulève la grosse question du trépan.

J'ai laissé, en particulier, de côté un de ceux envisagés par M. Quénu, à savoir l'importance relative, au point de vue des indications, de la simple fissure ou de l'enfoncement du crâne. Pour notre collègue, la fissure, facilement septique, motiverait plus l'intervention que l'enfoncement. Je suis, à cet égard, d'un avis tout opposé, et crois que bien souvent l'enfoncement par lui-même peut nécessiter la trépanation.

Je ne suivrai pas non plus M. Quénu dans l'ébauche d'historique qu'il nous a présentée. Je me contenterai de lui dire qu'il m'a paru faire la part trop belle aux travaux allemands. En 1870, au moment de la guerre franco-allemande, nos confrères d'outre-Rhin étaient encore manifestement hostiles au trépan. C'est en France qu'une réaction contre la doctrine alors régnante a commencé à se produire. Je ne connais guère à l'étranger que Horsley qui ait dit sur la question des choses topiques et vraiment neuves.

Mais, encore une fois, passons; cela nous mènerait trop loin.

Avec M. Reclus et M. Trélat, je reviens au sujet que j'ai traité. Leurs observations, comme les miennes, démontrent l'excellence de la trépanation, le bon résultat qu'on en peut obtenir, la facilité de la guérison. Je ne m'associe pas aux réserves qu'au nom de M. Féré M. Reclus a formulées. Je n'ai qu'une confiance très limitée dans les moyens, libération de cicatrice, pointes de feu, etc., qui n'agissent que sur les parties molles. Mon expérience à cet égard m'enseigne que, par là, on obtient parfois une certaine amélioration, mais qu'elle est passagère. J'en dis autant du bromure de potassium; bon peut-être, et en tout cas défen-

dable, dans les épilepsies primitives, il ne l'est certes pas dans les symptomatiques.

L'action chirurgicale, lorsqu'elle aboutit, est d'une tout autre puissance. Je suis heureux, à ce propos, de pouvoir vous dire que je viens de recevoir des nouvelles d'un de mes épileptiques trépanés, le quatrième de ceux dont je vous ai rapporté l'histoire. Cet homme, qui avait jusqu'à trois accès par jour, n'en a plus eu un seul depuis un an. Il est vrai que c'est la seule fois où j'aie obtenu, pour l'épilepsie vraie, un pareil succès. Il a été tellement frappant que je suis poursuivi par les sollicitations du compagnon d'atelier de ce malade, opéré comme lui et pour la même cause, mais sans résultat ; il me supplie de le soumettre à une seconde trépanation.

Au sujet du mode opératoire, j'ai une courte remarque à présenter. MM. Trélat et Reclus, en France, Horsley, en Angleterre, conseillent de mettre la région à découvert à l'aide d'un lambeau que l'on relève. Je ne crois pas cette pratique bonne, et voici pourquoi. Lorsqu'on entreprend une trépanation, soit pour atteindre un point douloureux, soit pour découvrir tel ou tel centre moteur ou sensitif, dont le siège a été déterminé d'avance au moyen de mesures et de repères, il importe, on le comprend, de ne pas perdre de vue ce point précis. Or, rien n'est plus difficile, si l'on fait un lambeau ; on s'égare, et il faut refaire des mensurations sur le crâne mis à nu, ce qui prolonge d'autant l'opération. Il en est tout autrement si vous avez recours à l'incision en T, et si du premier coup vous allez jusqu'à l'os, c'est-à-dire droit au lieu où doit porter la couronne. C'est là un détail de pratique sans grande importance, peut-être, mais qu'il était cependant bon de signaler.

Pour ce qui est des indications opératoires, comme M. Trélat et M. Reclus, j'ai surtout voulu attirer votre attention sur les faits où l'opération a été entreprise pour des raisons d'ordre médical, pour ainsi dire ; pour des malades chez lesquels les accidents graves éprouvés se rattachaient à un traumatisme incertain, ou même avaient éclaté en dehors de tout traumatisme. J'ai voulu établir par là que chez certains épileptiques ou certains névropathes l'action chirurgicale pouvait être efficace, alors que tout autre remède avait échoué.

M. Quénu. Deux mots seulement pour me défendre du reproche qui m'a été adressé d'avoir tout à l'heure trop versé du côté des Allemands. Je n'ai jamais eu l'idée de vous faire même une ébauche de l'histoire de la trépanation. Je me suis seulement attaché à réunir tous les faits publiés depuis 1886. Or, il faut bien reconnaître que, dans ces tout dernières années, c'est en Alle-

magne qu'ont paru les plus grosses statistiques relatives à la trépanation. Je ne pouvais pourtant les passer sous silence.

Rapport.

Note sur quelques fractures expérimentales du crâne par balles du fusil (modèle 1886), par le Dr Nimier, médecin-major, agrégé au Val-de-Grâce,

Rapport par M. Chauvel.

Dans une de nos séances de mai, M. Nimier vous a présenté quelques spécimens de fractures du crâne obtenues avec le fusil Lebel, à des distances de 1,500 à 1,000 mètres. Ces pièces, très intéressantes, font partie d'une collection de préparations que nous avons faites à la suite de nombreuses expériences exécutées à Clamart, au commencement de cette année, grâce à la bienveillance de notre honoré collègue M. Tillaux. Ces recherches sont donc, après celles que j'ai eu l'honneur de vous exposer en 1887, les premières qui aient été pratiquées en France, à ma connaissance, du moins, avec les armes nouvelles. Si nous ne les avons pas publiées plus tôt, c'est que nous désirions faire un travail d'ensemble, des dessins, des photographies, qui ne sont pas encore complètement terminées. J'espère pouvoir cependant aujourd'hui même vous exposer en quelques mots les résultats que nous avons obtenus ; vous verrez qu'ils diffèrent, à certains égards, de ceux qui ont été annoncés par un de nos collègues à la suite d'expériences pratiquées au Val-de-Grâce, dans le courant de mai dernier, près de quatre mois après les nôtres.

Ce qui nous a frappés dans les pièces présentées par M. Nimier, c'est tout d'abord l'énorme étendue des lésions osseuses, la multiplicité des traits des fractures, les dimensions des esquilles fixes ou mobiles, pour des coups de feu à grande distance : 1,000 et 1,500 mètres. Vous en avez immédiatement conclu que si les balles de petit calibre méritaient le nom d'*humanitaires*, ce n'était pas du moins dans les blessures de la tête, à moins qu'on ne prît le mot dans un sens spécial : la mort rapide, foudroyante, *sans souffrances prolongées*, devant être la conséquence obligée de traumatismes de cette nature.

Mais là n'était pas le but de notre distingué confrère. Il voulait surtout attirer notre attention sur la disposition des fissures, qui portent des traces d'entrée et de sortie ; sur la grandeur de ces orifices, qui, par l'élasticité de l'os, reviennent assez sur eux-mêmes

pour ne plus laisser passer la balle qui les a produits. Arrondies ou ovalaires suivant l'angle de choc du projectile, les ouvertures présentent souvent des bords taillés en biseau, du côté du mouvement de la balle, une perte de substance plus ou moins étendue.

Du cône de soulèvement que forme la balle en poussant devant elle la paroi crânienne résulte la disposition des fissures. Celles-ci sont de trois sortes. Les unes, *radiées*, partent des bords des orifices de pénétration, divergeant de tous les côtés comme les rayons d'une roue. Les secondes, par leur réunion, forment précisément le bandage de cette roue, et méritent le nom de *fissures concentriques* que leur donne M. Nimier. Tantôt complète, tantôt incomplète, suivant la disposition des parties, plus nette, plus régulière sur l'occipital qu'au front, cette fêlure limite le cône d'éruption soulevé par la balle avant que la perforation de la paroi soit complète. Enfin, certaines fentes, par leur direction dans le sens du trajet de la balle, par leur étendue considérable, par leur réunion avec des fêlures venues de l'autre orifice, semblent vouloir diviser complètement le crâne suivant sa longueur ou sa largeur, selon la direction du coup. Pour celles-ci, nous proposerions le nom de *fissures circulaires*. L'une d'elles, se rapprochant de la base du crâne, arrive presque à la séparer de la voûte; elle fait rarement défaut.

Comme suite à cette communication, M. Nimier vous a présenté, dans la séance du 13 juin, un nombre imposant des balles nouvelles plus ou moins déformées dans les tirs. Ces projectiles proviennent, en partie, des expériences que nous avons faites à Clamart, avec le concours de nos collègues de l'armée, les Drs Breton et Pesme. Suivant nous, toutes ces déformations, au moins l'immense majorité, se sont produites par le choc contre des pierres, dans le sol de la butte, nullement dans le corps humain. Il est, en effet, remarquable que, même dans les tirs aux plus longues distances, à 1,800 et 2,000 mètres, bien que les balles aient eu à traverser des tissus résistants, des os, aucune ne soit restée dans les parties. A ce point de vue, du moins, les petits projectiles auront, sur leurs anciens, l'avantage de dispenser le chirurgien des recherches, et le blessé de la terreur involontaire que lui cause toujours le séjour, dans son corps, du plomb qui l'a frappé. Désormais, l'arsenal des explorateurs, des extracteurs, déjà singulièrement réduit, peut être presque complètement supprimé. Inutile donc de se mettre en frais d'imagination pour inventer de nouveaux tire-balles.

M. Nimier remarque avec raison que cette puissance de pénétration et de perforation résulte : 1° de la forme allongée de la balle et de son petit calibre, ce qui diminue les résistances; 2° de sa

structure plus dense, qui s'oppose à ses déformations. Il était rare, en effet, que les balles de plomb logées dans les parties ne fussent pas plus ou moins déformées, et cette irrégularité, par leur enchevêtrement dans les tissus fibreux, favorisait singulièrement leur arrêt. Nous pourrions ajouter que la vitesse de rotation plus grande du nouveau projectile et son poli augmentent également beaucoup son pouvoir pénétrant et perforant.

Notre confrère vous a fait voir des spécimens des déformations variées que le choc sur des corps très résistants, pierre, fer, pouvait faire subir à l'enveloppe métallique et à son contenu. Incurvation sur l'axe, aplatissement direct ou latéral, déchirure du manteau avec issue partielle du contenu déprimé en champignon, séparation des deux, formation d'appendices, d'ailettes à bords irréguliers par la division et le rebroussement de la coque de métal plus dure; toutes ces déformations sont susceptibles de donner aux blessures des formes absolument anormales. Nous laissons à tous le soin d'imaginer les erreurs, les difficultés de diagnostic, les dangers qui en peuvent résulter; mais nous pensons que de telles lésions ne seront pas communes, et qu'il n'y a pas lieu de s'en préoccuper outre mesure.

Messieurs, je vous propose d'adresser à M. Nimier des remerciements pour ses intéressantes communications, de déposer son travail dans nos archives et de l'inscrire en rang honorable parmi les candidats aux places de correspondant national.

Communication.

Recherches expérimentales sur les effets des armes nouvelles et des projectiles de petit calibre à enveloppe résistante,

Par M. Chauvel.

Les résultats de ces expériences, faites avec le concours de nos collègues les Drs Nimier, Breton et Pesme, seront publiés *in extenso* dans un travail actuellement presque terminé; nous nous bornons à les résumer ici. Nous avons étudié les effets du fusil Lebel depuis 2,000 mètres jusqu'à bout portant, en utilisant la méthode des charges réduites, pour donner à la balle la vitesse qu'elle possède aux différentes distances. Ces effets varient suivant les régions, suivant les tissus, mais, comme il était aisé de le prévoir, ils ne s'éloignent pas sensiblement de ceux des projectiles de 11 centimètres en plomb mou ou durci, projectiles utilisés dans les dernières guerres. En dehors de son calibre et de son poids plus

petits, la balle du fusil modèle 1886 diffère de celle du fusil Gras par sa vitesse de propulsion et de rotation plus grandes, par la résistance aux déformations que lui donne son enveloppe de maillechort.

Dans les téguments, elle fait des ouvertures très petites, si petites que toute exploration digitale est impossible sans débridement. A l'entrée, les trous sont arrondis, taillés à l'emporte-pièce, d'un diamètre au plus *égal* à celui du projectile, habituellement *plus étroits* aux distances moyennes qu'aux longues distances. Les trous de sortie sont irréguliers, en fente, en étoile, à bords fissurés ou déchiquetés, quelquefois plus grands, mais parfois aussi plus petits que les ouvertures d'entrée; leur forme est absolument sans aucun rapport avec la nature des lésions profondes. Comme les perforations des toiles fibreuses, plus étroites encore, elles sont surtout influencées par l'élasticité, la mobilité ou l'adhérence des téguments, l'inclinaison de la balle, etc. Dans les muscles, les trajets sont béants, assez larges, si le projectile a frappé perpendiculairement ou peu obliquement les corps charnus, ils deviennent très étroits, à peine visibles, parfois introuvables, si les faisceaux musculaires ont été atteints parallèlement à leur direction.

Pour les artères et les veines, en raison de leur faible calibre, les balles de 8 millimètres, à côté des sections nettes, nous ont fourni des échancrures latérales et un certain nombre de perforations. De ce que nous n'avons jamais constaté sur nos sujets le rebroussement des tuniques et l'obturation du vaisseau divisé, il ne serait pas logique d'inférer qu'il en sera toujours de même sur le vivant. Cependant, la fréquence des lésions vasculaires, 30 0/0, doit inspirer des craintes.

Dans les os spongieux, les sillons, les perforations s'accompagnent parfois de fissures radiées, divergentes, de la formation de longues esquilles qui peuvent atteindre la diaphyse dans les lésions des extrémités articulaires. D'autant plus étendues que la distance du tir est plus courte, d'autant plus compliquées que la force vive du projectile est plus grande, ces lésions, comme celles de la peau, des muscles, des vaisseaux, sont, à égale distance, inférieures en gravité, cependant, à celle que produisait la balle de plomb déformable.

Il nous a paru qu'il n'en était plus de même pour les fractures des os compacts. Pour ceux-ci, aux longues distances surtout, les désordres résultant de l'extension et de la multiplicité des fissures, de la formation de grandes esquilles, sont plus considérables qu'avec les balles de plomb sans enveloppe. En revanche, les fragments sont moins déplacés, le périoste mieux respecté peut-être,

les chances de conservation plus nombreuses, s'il n'y a pas d'infection de la plaie. A courte distance on observe, comme avec le chassepot, des effets dits explosifs, mais ils nous ont semblé se limiter au tir de très près. Nous ne les avons jamais observés à 200 mètres et au delà.

Mais ce qui caractérise, pour nous, l'action des projectiles nouveaux, c'est la rareté de leur arrêt dans les parties. Dans le cours de nos expériences, même à 1,500 et 2,000 mètres, portées véritablement considérables et terrifiantes, malgré les fracas osseux, malgré la superposition de parties résistantes, il ne nous est pas arrivé une seule fois de retrouver un projectile logé dans les tissus. Il est certain qu'en guerre les conditions du tir seront moins favorables encore au logement des balles. De plus, en raison de leur petitesse et de leur non-déformation, celles-ci entraîneront moins souvent des corps étrangers, vêtements, équipement, placés sur leur passage. Rassuré contre la présence, toujours redoutée, de la balle ou des corps étrangers, le chirurgien, plus ménager d'explorations et de recherches, pourra retirer de l'antisepsie immédiate, de l'occlusion antiseptique, les immenses bienfaits qu'elle est susceptible de donner.

En dehors de l'accroissement certain du nombre des blessés les jours de grande bataille, les conditions de la chirurgie d'armée ne seront pas considérablement modifiées par l'emploi des armes nouvelles. Si elles ne méritent pas le nom d'*humanitaires* qu'on leur a trop vite décerné, au moins n'augmentent-elles pas de beaucoup les dangers de la lutte et la gravité des blessures. Aujourd'hui comme hier, les règles générales de la thérapeutique devront être adaptées à chaque cas particulier. En dehors des conditions matérielles que l'administration supérieure a le devoir de maintenir à la hauteur des progrès les plus récents, c'est toujours la science et la sagacité du chirurgien qui décideront des succès et des revers.

Communication.

Note sur un cas de hernie du gros intestin irréductible, par suite de l'hypertrophie des franges épiploïques. Cure radicale. Observation et réflexions,

Par le Dr J.-J. PEYROT.

Le nommé L..., sculpteur, âgé de 48 ans, entre dans mon service, à l'hôpital Tenon, le 14 juin 1887, pour se faire guérir d'une hernie inguinale volumineuse dont il ne peut obtenir la réduction.

C'est un homme de taille moyenne, très bien portant, un peu adipeux, chez lequel nous ne trouvons aucune tare héréditaire ou acquise.

Sa hernie a commencé à se développer lentement, il y a une dizaine d'années. Elle était d'abord si peu douloureuse et rentrait si facilement que le malade jugea inutile de s'en préoccuper. Il ne porta ni bandage ni suspensoir d'aucune sorte. Après avoir ainsi vécu en bonne intelligence avec son infirmité pendant cinq ou six ans, il s'aperçut un jour que la hernie ne rentrait plus; mais il ne s'en préoccupa point davantage. Pourtant, quelques douleurs sourdes commencèrent à se montrer dans les reins, dans la partie inférieure de l'abdomen et vers le haut des cuisses après un exercice prolongé. Notre homme consulta plusieurs médecins, qui essayèrent inutilement le taxis, et sur le conseil d'un de nos collègues il se décida, il y a un an, à porter un suspensoir.

Les accidents provoqués par la hernie ne se sont pas beaucoup aggravés. Il existe un état de gêne et de souffrance vague dans toute la partie inférieure de l'abdomen plutôt que de véritables douleurs. Une seule fois, la hernie est devenue très sensible en même temps que se produisaient de vives coliques. Par le repos au lit, tout rentra dans l'ordre en quelques jours.

Examen de la hernie. — Il s'agit d'une hernie inguinale gauche. Le scrotum, distendu de ce côté et sillonné par des veines très apparentes, a le volume de deux poings, pour le moins. La région du canal inguinal est un peu saillante. Entre la volumineuse tumeur scrotale et la légère saillie inguinale se voit un sillon bien marqué. La bourse droite est normale, le pénis effacé. Le toucher révèle la présence, dans le scrotum, d'une masse irrégulière, mamelonnée, consistante, au-dessous de laquelle on découvre, en arrière et en bas, le testicule bien isolable, reconnaissable à sa forme, à sa sensibilité spéciale et à son cordon, dont les éléments dissociés peuvent être suivis en arrière de la tumeur scrotale jusque vers l'anneau inguinal externe. On ne découvre pas la moindre trace d'une corde épiploïque se portant de cette masse vers l'abdomen. A la percussion, sonorité intestinale dans toute l'étendue de la tumeur. Le moindre effort de toux produit une véritable expansion; mais le taxis le plus soigneux ne réduit la hernie que dans une proportion insignifiante. Jamais nous n'avons senti de gargouillements.

Incertains sur la nature exacte du contenu de la hernie, nous fûmes très positifs sur le chapitre du traitement. Le malade accepta la cure radicale que nous lui proposions. Il fut opéré le 23 juin 1887.

Opération. — Longue incision commençant au niveau de l'anneau inguinal externe et descendant jusqu'à la partie inférieure du scrotum. Ouverture du sac de la hernie.

Je constate aussitôt que celle-ci n'est en aucune façon constituée par le grand épiploon. Une longue anse du gros intestin la forme seule; mais cette anse porte sur tout son bord convexe une série de masses graisseuses, au nombre de 8 à 10, grosses comme de beaux abricots.

Ce sont les franges épiploïques de l'S iliaque, prodigieusement augmentées de volume. D'ailleurs, aucune adhérence nulle part. Il fallait, pour réduire, ou bien réséquer ces franges, ou bien ouvrir largement l'abdomen en incisant le trajet inguinal. Je pris ce dernier parti.

La réduction obtenue, je pratiquai, conformément à la règle que je suis dans la cure radicale, l'isolement du sac. Ce temps fut très pénible. Quoique je m'efforçasse de me tenir au plus près de l'enveloppe péritonéale, il fut difficile de mettre de côté les divers éléments du cordon et particulièrement le canal déférent. Je parvins pourtant au but. Le sac bien isolé, et poursuivi jusque dans l'abdomen au delà de la portion que j'avais incisée dans le trajet inguinal, fut traversé par deux catguts, lié et réséqué. Je réparai la paroi antérieure du canal inguinal avec quelques autres points de catgut. Deux tubes à drainage furent placés, l'un du côté du scrotum, l'autre vers le canal inguinal; suture au crin de Florence. Pansement compressif à la gaze iodoformée et à la tourbe.

Les suites de l'opération n'ont pas été absolument simples. Le malade fut pris de diarrhée accidentelle le jour même de l'opération. La brièveté de la verge fit que malgré tous les soins possibles il urina dans son pansement. Bref, la plaie s'infecta. La température monta à la fin du second jour jusqu'à 39°, pour redescendre le lendemain à 38°,5. Le 27, je défis toutes les sutures et traitai la plaie en plaie ouverte. A partir de ce moment, nous n'avons plus à constater d'incident notable. La guérison fut obtenue, un peu lentement pourtant; et le malade, qui attendait un bandage spécial, et qui ne voulait pas quitter l'hôpital avant mon retour des vacances, sortit le 10 septembre du service.

Je l'avais muni de l'appareil que notre collègue Lucas-Championnière a l'habitude de faire porter à ses opérés, mais bien par précaution seulement, car il existait au niveau de l'anneau inguinal externe une volumineuse cicatrice épaisse et profonde, qui ne recevait en aucune façon l'impulsion de la toux.

Il s'agissait donc, dans le fait que je viens d'exposer, d'une hernie de l'S iliaque, rendue irréductible par l'hypertrophie graisseuse de ses franges épiploïques.

Il est probable que, dans l'avenir, les faits de ce genre deviendront assez communs. Les hernies irréductibles, quelles qu'elles soient, sont destinées à être de plus en plus soumises à la cure radicale. On en découvrira un bon nombre dont l'irréductibilité n'aura pas d'autre cause.

J'ai la conviction d'avoir observé, sans le reconnaître, il y a dix-huit mois, un fait de ce genre :

Un religieux, âgé d'environ 60 ans, me montra une hernie scrotale gauche, dont il était atteint depuis plus de vingt ans, et qui, peu de temps après son apparition, était devenue irréductible. Le malade

n'avait jamais porté de bandage; il était peu incommodé, quoiqu'il menât la vie fort active d'un prédicateur recherché. Cependant, depuis quelques mois, la hernie avait sensiblement grossi; elle devenait plus gênante et provoquait de temps en temps des accès de coliques.

Je lui trouvai le volume du poing et une forme sphérique. Lorsqu'on la palpait, on était frappé tout de suite par le défaut d'homogénéité des parties; à côté de portions lisses et mollasses, on sentait des noyaux irréguliers, de consistance assez solide, plus ou moins régulièrement arrondis. Elle était d'ailleurs parfaitement indolente. Les efforts de toux la distendaient très nettement dans toutes ses parties; elle n'était pourtant réductible en aucune façon. J'avoue que, sur le moment, je ne fis pas le diagnostic auquel, après réflexion, je m'arrête maintenant. Je conseillai bien, si les accidents se répétaient, de recourir à la cure radicale; mais je ne fus pas très pressant, et le malade préféra essayer d'un bandage à pelote concave, qui, je le crains, ne lui aura pas rendu de grands services.

Il est facile de voir combien ces deux descriptions se ressemblent. Je pense que l'on pourra, en présence d'une hernie inguinale gauche irréductible, présentant les caractères que j'ai indiqués penser à une hernie de l'S iliaque avec franges épiploïques hypertrophies.

Je dois déclarer que la première mention de cette cause d'irréductibilité ne m'appartient pas. M. Henri Hartmann l'a indiquée le premier à ma connaissance dans un article paru le 1er mars dernier dans *la France médicale*, sous ce titre : *De quelques causes rares d'irréductibilité des hernies.*

L'hypertrophie des franges épiploïques que l'on a quelquefois constatée, dit-il, à un degré modéré dans des hernies parfaitement réductibles, peut atteindre des proportions telles que l'irréductibilité s'ensuive, et l'auteur prouve son dire en rapportant l'observation très abrégée d'un malade, atteint de hernie irréductible et mort à la suite d'une perforation intestinale, qui fut trouvé à l'autopsie porteur d'une lésion ainsi décrite par M. Hartmann : « Cette hernie ne présentait aucune adhérence; elle ne pouvait être réduite en totalité, par suite du développement énorme d'une frange épiploïque qui était arrivée à constituer une tumeur de la forme d'une poire mesurant 10 centimètres de long sur 6 de large. »

M. Perier, à qui je communiquais dernièrement mon observation, m'a dit avoir opéré un malade dans les mêmes conditions. Il pratiqua la réduction après avoir réséqué les franges épiploïques.

Discussion.

M. Bouilly. J'ai, il y a quelques années, sur un malade, dont l'observation a été publiée par M. Phocas, observé une disposition

analogue à celle dont vient de nous parler M. Peyrot. C'était chez un homme, jeune encore, un cocher, de 28 à 30 ans, très gras, tout à fait obèse, dont l'épiploon était aussi, par conséquent, très chargé de graisse. Il portait une hernie scrotale volumineuse, grosse comme une tête de fœtus à terme, irréductible, évidemment épiploïque dans sa plus grande partie. Je proposai la cure radicale, qui fut acceptée. La grosse masse d'épiploon qui remplissait le sac ayant été réséquée, je fus fort étonné de voir qu'il restait de grosses pandeloques graisseuses dont je ne reconnus pas du premier coup la nature, et qui n'étaient autres que des franges épiploïques de l'S iliaque hernié lui-même. J'eus assez de peine à dégager ces franges qui étaient adhérentes, et dus en réséquer plusieurs, avant de pouvoir réduire l'intestin. Les suites de cette opération furent des plus simples, plus simples que je n'aurais osé l'espérer. Cet homme guérit en effet sans aucun accident; et il est resté bien guéri, si j'en juge par les gracieux sourires qu'il m'adresse, du haut de sa voiture, dans les rues de Paris, où je le rencontre journellement.

J'ai vu un second cas du même genre chez un malade opéré par M. Trélat. Ici encore, hernie du gros intestin et franges épiploïques volumineuses, mettant véritablement obstacle à la réduction.

M. L.-Championnière. L'irréductibilité des hernies peut tenir à des causes de toute espèce. Tout ce qui est gros et difforme peut entraver la rentrée facile de l'intestin.

La disposition signalée par M. Peyrot est une de celles que j'ai le plus anciennement observées; je dus, dans un cas de ce genre, réséquer de grosses franges épiploïques pour obtenir la réduction du gros intestin hernié.

Ce sont là cependant des faits exceptionnels. Il est exceptionnel du moins que l'irréductibilité du gros intestin tienne uniquement à cette cause. Le phénomène est ordinairement plus complexe. Je signale, en particulier, les difficultés de réduction qui peuvent tenir à la présence du méso-côlon dans le sac herniaire.

Tout récemment, il y a un mois, j'opérais un homme chez lequel je trouvai, outre une issue complète du côlon et du cæcum, deux anses d'intestin grêle accolées entre elles et coudées, et, de plus, des masses graisseuses distendant le mésentère. Je réséquai d'abord ces dernières, et, la réduction n'étant pas encore possible, je dus inciser largement la paroi abdominale pour ouvrir une voie suffisante aux parties qu'il fallait faire rentrer dans le ventre.

Il faut donc s'attendre à tout en fait d'irréductibilité, et, pour triompher des obstacles que l'on rencontre, soit réséquer les par-

ties exubérantes et dont l'ablation est possible, ou bien agrandir sans hésitation l'incision primitive.

M. Schwartz. J'ai, moi aussi, observé, en mars 1887, un fait semblable à celui de M. Peyrot, et plus compliqué encore; j'ai fait mention de ce cas au dernier Congrès de chirurgie. C'était chez un tuberculeux, peu avancé, porteur d'une hernie irréductible très volumineuse et très douloureuse ; toute secousse de toux provoquait de réelles souffrances. Je pratiquai la cure radicale. Je trouvai, dans le sac, l'S iliaque tout entier, avec des franges épiploïques énormes, formant une masse grosse comme le poing; j'en comptais au moins une dizaine. De plus, les parois de l'intestin étaient très épaissies ; il y avait comme un œdème chronique de toutes ces parties. Pour en obtenir la réduction, je dus débrider en dehors sur une étendue de 3 à 4 centimètres. La guérison fut complète et sans encombre.

M. Terrier. J'ai aussi constaté, dans plusieurs cas de cure radicale, l'hypertrophie des appendices du gros intestin. Mais je crois avec M. L.-Championnière, que ce n'est pas là la plus grosse ni la plus fréquente des causes d'irréductibilité des hernies du gros intestin.

Bien plus considérable est celle qui résulte de la présence du mésentère dans le sac herniaire. Ce fait peut donner lieu à des difficultés immédiates et à des accidents ultérieurs. Il peut arriver, en effet, — après que l'on est parvenu, non sans peine et grâce à des résections nécessaires, à faire rentrer l'intestin dans le ventre, alors que l'on croit pouvoir compter sur une guérison certaine, — il peut arriver, dis-je, que l'on voie se produire, au bout de huit à dix jours, une fistule intestinale.

Cette complication dépend, à mon avis, des lésions vasculaires que l'on a dû produire en disséquant le mésentère et en le réséquant en partie pour assurer la réduction des parties herniées.

C'est là, je le répète, le point difficile et délicat dans le traitement des hernies irréductibles du gros intestin.

M. Prengrueber. Il y a deux mois, j'ai eu également l'occasion de faire une cure radicale pour une hernie de l'S iliaque rendue irréductible par l'hypertrophie des franges épiploïques. Ce cas est d'autant plus intéressant qu'il s'agit d'un enfant de quatre ans, et qu'à cet âge les franges épiploïques sont tout à fait rudimentaires. La hernie, qui était congénitale, était restée réductible pendant les deux premières années ; ce n'est que vers la troisième année qu'elle devint irréductible et assez gênante pour nécessiter l'opération. Celle-ci me conduisit sur des franges tellement volumi-

neuses qu'elles simulaient une masse épiploïque recouvrant l'intestin, dont les tuniques ne pouvaient être reconnues qu'à la suite d'un examen attentif. La réduction, quoique difficile, put se faire après dilatation de l'anneau et sans réséquer les masses exubérantes. Le malade a guéri sans incidents.

Les cas de ce genre pourront être diagnostiqués, grâce à la consistance de la tumeur, qui est celle des hernies épiploïques ordinaires, et en tenant compte de ce fait, que, chez l'enfant, l'épiploon est encore trop peu développé pour venir faire hernie.

M. Nicaise. J'ai aussi constaté l'existence de ces franges volumineuses dans un cas de hernie ombilicale. C'était le côlon transverse qui faisait issue ; il était pourvu de franges épaisses que je dus réséquer pour rendre la réduction possible. Dans un seul cas il s'agissait d'une hernie du cæcum : mêmes dispositions, mêmes difficultés, surmontées par le même moyen.

Pour ce qui est de la pathogénie des perforations dont nous a parlé M. Terrier, j'ai quelque peine à accepter l'explication qu'il nous en a donnée. Pour admettre avec lui qu'elles soient dues aux lésions des vaisseaux du mésentère produites au cours de l'opération, il faut supposer que l'on intéresse un bien grand nombre de vaisseaux ; la circulation intestinale est, en effet, assurée de telle sorte qu'il faut de très grands désordres pour qu'une mortification puisse se produire.

M. Schwartz. Il est certain, comme on l'a dit, qu'il y a, de l'irréductibilité du gros intestin des causes multiples. Il n'en reste pas moins qu'il est intéressant de mettre à part et de considérer séparément les cas où, comme dans celui de M. Peyrot et dans le mien, la difficulté de réduction tient exclusivement au volume des franges épiploïques et à l'épaisseur des parois de l'intestin. Je crois qu'il est bon d'insister sur ce fait.

M. Peyrot. J'abonde dans le sens de la remarque que vient de faire M. Schwartz. Je n'ai pas du tout eu l'intention de rechercher toutes les causes d'irréductibilité du gros intestin.

Je n'ai rapporté le cas dont je vous ai entretenu qu'en raison de sa non-complexité. Il n'y avait même pas, comme dans celui de M. Schwartz, d'épaississement ni d'œdème de l'intestin. Les franges seules faisaient obstacle à la réduction. C'est un tout petit fait assurément. Il demeure du moins acquis qu'il se rencontre dans certains cas. La discussion qui vient d'avoir lieu montre même qu'il est peut-être plus fréquent qu'on ne serait porté à le croire.

Communication.

Injection d'éther iodoformé dans un abcès froid. Anesthésie prolongée,

Par M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer).

Les injections d'éther iodoformé sont devenues de pratique courante dans la cure des abcès froids, et, depuis la communication de M. le professeur Verneuil au Congrès de chirurgie de 1885, elles ont été pratiquées des milliers de fois, sans qu'aucun accident ait été signalé. En ayant fait souvent, je n'ai eu qu'à m'en louer, bien que, dans les abcès froids du cou, alors que la peau était violacée, j'aie eu plusieurs fois des eschares, sans que cependant l'effet curatif de l'iodoforme fût entravé. Mais, ces jours derniers, pour une injection dans un vaste abcès de la cuisse, ayant failli perdre ma malade, je crois utile de vous en présenter l'observation; mon exemple pouvant servir et mettre en garde contre de semblables accidents.

Eugénie Magnier, petite brune de 26 ans, chétive, nerveuse, mais n'ayant jamais eu d'accidents convulsifs, mariée depuis un an et ayant fait une fausse couche il y a trois mois, souffrait d'une coxalgie de la hanche gauche depuis au moins dix mois ; elle avait un abcès profond et volumineux qui évoluait lentement depuis plusieurs mois, sans aucune réaction du côté de la peau, et qui, dans la station debout, faisait un léger relief en avant de la cuisse, un peu en dehors et en bas de l'extrémité inférieure du triangle de Scarpa.

Le 4 juin 1888, je lui fis une ponction avec le trocart moyen de l'aspirateur Potain, que je dus enfoncer tout entier. L'aspiration ramena 200 grammes de pus épais, crémeux, pas une goutte de sang. Sans bouger le trocart, j'injectai 100 grammes d'éther contenant 5 grammes d'iodoforme ; la malade accusa une vive douleur, et la poche se distendit aussitôt. Après trois à quatre minutes de gémissements, la malade manifesta tout à coup un grand bien-être, délira un instant et tomba dans un sommeil profond ; il était dix heures et demie du matin. Dès le début de la perte de connaissance, je lui avais fait avaler une grande tasse de café noir qu'elle vomit peu après. Immédiatement je refis une ponction et, avec l'aspirateur, j'enlevai tout ce que je pus d'éther. Le sommeil continuant et devenant de plus en plus profond, j'appliquai un lien fortement serré à la racine de la cuisse, afin, la circulation étant interrompue, de modérer l'absorption de ce qui pouvait rester d'éther : peine inutile, ni la déclivité de la tête, ni les flagellations, ni les frictions énergiques, rien ne faisait. De temps en temps la malade vomissait, mais sans se réveiller. Par instants, le pouls devenait petit, filant; la peau se couvrait de sueur froide et visqueuse,

la respiration se ralentissait. Des frictions, des flagellations énergiques sur la tête pendante ranimaient un peu le pouls et activaient la respiration, mais sans parvenir à sortir la malade de sa torpeur ; elle ronflait, et, en expirant, faisait ce qu'on nomme vulgairement fumer la pipe.

J'avais fait établir un courant d'air, afin d'empêcher que les vapeurs d'éther expirées fussent reprises par l'inspiration, et de l'eau bouillante attendait pour appliquer le marteau de Mayor, si la situation devenait plus critique. Cette anesthésie profonde, avec insensibilité complète des cornées et de tous les sens, dura deux heures et demie. Ce n'est qu'à une heure de l'après-midi qu'elle commença à manifester un peu de sensibilité ; elle resta hébétée tout l'après-midi, et, vers le soir seulement, elle reprit complètement connaissance.

Discussion.

M. Quénu. J'ai fait bon nombre d'injections d'éther iodoformé dans des abcès froids, sans accidents et avec un bon résultat. Une fois cependant il n'en a pas été ainsi. Il s'agissait d'un abcès d'origine costale, peu considérable, gros comme une orange environ. Une première fois, je fis dans la cavité une injection de 30 grammes d'éther iodoformé à 1/10e ; elle fut très bien supportée, et l'abcès diminua. Mais, trois mois plus tard, il s'était reproduit ; je fis une seconde injection ; même solution, même quantité. Cette fois survinrent, du côté du tube digestif, des accidents vraiment formidables : vomissements, goût bizarre et persistant dans la bouche. L'alimentation était absolument impossible ; tout était rejeté. L'état général devint inquiétant. Je ne puis même dire ce que cette malade est devenue. Elle venait à la consultation externe du Dispensaire. J'ai cessé de la voir. Je ne sais si elle a fini par guérir.

Je tenais à signaler ce fait, qui montre qu'une injection, même minime, d'éther iodoformé peut avoir les plus funestes conséquences.

M. Peyrot. J'ai observé un fait absolument semblable à celui de M. Houzel. C'était chez une malade à qui j'avais, il y a trois ans environ, injecté dans un abcès costal 20 grammes d'éther iodoformé à 5 0/0. Au bout de cinq à six minutes, elle fut prise d'un sommeil invincible. Elle dormit ainsi tranquillement pendant une demi-heure. Après quoi, elle se réveilla comme au sortir d'une éthérisation, sans être autrement incommodée.

Ce fait est le seul de ce genre que j'aie observé. Il est vrai que j'ai à peu près renoncé à la pratique des injections d'éther iodoformé, précisément en raison des accidents auxquels elles peuvent donner lieu.

Présentation de malades.

M. Delorme présente deux malades auxquels il a pratiqué, avec le meilleur résultat, la *résection du poignet* pour tumeurs blanches.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,
Ch. Monod.

Séance du 4 juillet 1888.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° M. Horteloup indisposé, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

3° *Kyste hydatique suppuré du foie; laparotomie, guérison*, par le Dr Leprévost (du Havre). (Commissaire : M. Segond).

M. le Dr Duboué (de Pau), membre correspondant national, assiste à la séance.

A propos du procès-verbal.

1° *A propos de la trépanation.*

M. Ch. Monod présente en son nom et au nom de M. Delagénière, interne des hôpitaux, l'observation suivante :

Fracture du crâne. Enfoncement du sinus frontal gauche. Trépanation immédiate. Guérison.

Le nommé M... Joseph, âgé de 29 ans, nourrisseur, entre le

16 juin 1888, à 6 heures du soir, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Monod, salle Dupuytren, nº 26.

Il perd connaissance en arrivant à l'hôpital et les commémoratifs suivants sont donnés par sa femme quelques jours plus tard.

A midi et demi, il reçoit un coup de pied de cheval sur le front. Il est renversé, mais ne perd pas connaissance. On lui applique immédiatement sur la plaie des compresses trempées dans l'eau froide. Une heure plus tard il a un premier vomissement alimentaire qui est suivi de trois autres, espacés environ d'une demi-heure les uns des autres. Pendant une heure, il est à peu près tranquille, mais au bout de ce temps les vomissements recommencent de plus en plus fréquents. Le malade rejette immédiatement tout ce qu'il avale. C'est alors qu'on se décide à l'amener à l'hôpital où il arrive à six heures du soir, la plaie toujours recouverte par des linges mouillés.

État à l'entrée. — Le malade est incapable de répondre aux questions qu'on lui pose. Ses pupilles sont largement dilatées et ne se contractent pas quand on approche une lumière. La respiration est courte, suspirieuse et irrégulière ; le pouls petit, dépressible, avec des faux pas rapprochés. Les vomissements continuent, on en constate quatre depuis que le malade est entré à l'hôpital, c'est-à-dire dans l'espace d'une heure environ. La sensibilité est conservée ; quand on pince le malade, il pousse des espèces de grognements, mais ne sort pas de sa torpeur. Quand on excite successivement ses quatre membres, il les retire pour se mettre à l'abri de l'irritation.

Localement on trouve une plaie longue de six centimètres environ, au-dessus du sourcil gauche ; elle décrit une courbe à concavité tournée en bas et donne issue à un peu de sang. Cette plaie communique avec une dépression considérable dans laquelle on sent des fragments osseux irréguliers et solidement enchevêtrés les uns dans les autres. Il y a enfoncement du sinus frontal, et, en explorant les parties du crâne situées autour de l'enfoncement, on acquiert facilement la certitude que la paroi postérieure du sinus est enfoncée aussi et comprime le cerveau. En outre, la paroi de l'orbite est fracturée et un fragment comprime le globe oculaire qui est refoulé en avant et en dehors.

En présence de l'état comateux du malade, du pouls syncopal et des vomissements incoercibles, l'intervention immédiate est jugée nécessaire et le malade est porté immédiatement à la salle d'opération.

Opération à sept heures du soir, avec l'assistance de mes collègues Baumgarten, Lamotte et P. Delagénière. Chloroforme donné à petites doses et progressivement, en surveillant de près le malade. On arrive ainsi facilement à l'anesthésie.

Le pourtour de la plaie est ensuite nettoyé avec du savon, le sourcil rasé, ainsi qu'une partie des cheveux. Toutes ces parties sont ensuite lavées avec de la solution phéniquée au vingtième.

Ces préparatifs terminés, la plaie est agrandie en dedans et en dehors pour permettre l'exploration des parties osseuses enfoncées. Puis toute

la surface de la plaie est très soigneusement désinfectée avec de la solution forte.

Un premier fragment volumineux constitué par la paroi antérieure du sinus frontal est enlevé avec un davier, après avoir décollé le péricrâne avec une rugine et l'avoir soulevé avec un décolle-tendon. La cavité du sinus frontal est largement ouverte et la paroi postérieure fracturée en un grand nombre de fragments, dont quelques-uns sont manifestement enfoncés dans la cavité du crâne.

Quelques esquilles, de volume très variable, appartenant au rebord orbitaire, à la cavité de l'orbite ou même encore au sinus frontal sont enlevées. A la partie interne de la plaie existe un fragment irrégulier qui comprime le globe oculaire. Il est saisi avec un davier, puis arraché en décollant les parties molles avec la rugine. A peine extrait on voit des bulles d'air arriver au fond de la plaie au moment de l'aspiration du malade. Ce fragment est constitué par une partie de la crête coronale et de toute la partie gauche de l'échancrure ethmoïdale du frontal, et par une portion de la cavité de l'orbite. Quelques autres esquilles insignifiantes sont encore enlevées. Le globe oculaire revient à sa place normale, et le doigt enfoncé dans le fond de la plaie permet de reconnaître que la boîte crânienne est ouverte dans une étendue assez grande. Là on suit les battements cérébraux à la face inférieure de la partie antérieure du lobe frontal gauche.

Par cette ouverture il est facile de saisir deux fragments volumineux faisant partie de la paroi postérieure du sinus frontal. L'un d'eux avait glissé, en partie, sous la portion du frontal restée intacte, et l'autre, par un de ses angles saillants, s'était implanté dans la dure-mère en subissant une sorte de mouvement de bascule. Enfin quelques autres esquilles insignifiantes sont enlevées à la surface de la dure-mère. A ce moment, la cavité crânienne est largement ouverte en avant et laisse voir à travers un orifice ovalaire, large environ de quatre centimètres, et se continuant inférieurement sous le lobe frontal, la dure-mère crânienne. Cette membrane présente à sa surface quelques éraillures et une petite déchirure qui fournit un peu de sang. Après quelques instants de compression le sang est arrêté.

Sur les bords de la plaie osseuse, on sent à la partie interne une saillie osseuse qui est laissée en place, faute de pince-gouge pour la faire sauter.

La plaie et les méninges sont soigneusement touchées à la solution phéniquée au vingtième, puis les bords de la solution de continuité suturés avec des crins de Florence. Drain à la partie externe de la plaie. Pansement avec gaze iodoformée, sachets faits avec de la poudre antiseptique de M. Championnière, et ouate de tourbe.

Marche. — Immédiatement après l'opération le pouls redevient régulier et augmente de force, les vomissements cessent (le malade n'en a pas eu un seul après l'opération).

Au bout de deux heures, il semble avoir repris à peu près connaissance et est extrêmement agité. Il veut défaire son pansement, des-

cendre de son lit, etc. On lui met la camisole de force et on lui fait une injection de morphine.

17 *juin*. L'agitation est toujours très grande, on continue les injections de morphine. Dans la soirée on peut lui ôter la camisole.

La température 37°,6 le matin et 37°8 le soir. Pas de vomissements, le pouls et la respiration sont normaux. Diète.

18 *juin*. Le malade est beaucoup plus calme, mais on est obligé de le tenir encore sous l'influence de la morphine.

Le pansement s'étant un peu défait, on en profite pour le renouveler et enlever le drain. L'état de la plaie est excellent.

La température est de 37°,6 matin et soir. Diète continue.

19 *juin*. La température redevient normale, elle est de 36°,9 le matin et de 37°,2 le soir. L'agitation a beaucoup diminué, le malade a sa connaissance et peut donner quelques détails sur l'accident.

Entre autres, il insiste sur sa perte de connaissance, quelques instants après son arrivée à l'hôpital. Une injection de morphine. Diète.

20 *juin*. Excellent état général, la température reste normale, 36°,8 et 37°,3. Une injection de morphine. Lait et potages.

21 *juin*. Température 37°,2 et 37°,6. Le pansement est renouvelé, la plaie est en parfait état. On permet au malade de manger.

22 *juin* et jours suivants, rien à noter. La température oscille autour de 37°. L'état général est excellent. Le malade commence à se lever un peu dans la journée.

24 *juin*. Troisième pansement, la plaie est complètement réunie, on la recouvre avec un morceau de lint boriqué et ouate de tourbe.

29 *juin*. Le lint boriqué est renouvelé, les crins de Florence sont retirés. Le malade va parfaitement et peut être considéré comme guéri. On continue néanmoins à préserver la cicatrice avec un peu de lint boriqué.

2° *Injections d'éther iodoformé.*

M. Verneuil. Je désire revenir en quelques mots sur l'observation que M. Houzel vous a lue à la dernière séance, et sur les remarques auxquelles elle a donné lieu.

M. Houzel, dans la cavité d'un abcès relativement petit, a injecté 100 grammes d'une solution d'éther iodoformé à 5 0/0 ; cela me paraît excessif. J'ai donné longuement la technique de ces injections, et j'ai recommandé, en particulier, de toujours proportionner la quantité de liquide que l'on abandonne dans la cavité à la capacité de celle-ci. Que dans un abcès contenant quatre, cinq ou six litres de pus, on injecte 100 à 150 grammes d'éther iodoformé, passe encore ; mais dans une petite collection, 100 grammes de la même solution, soit en tout 5 grammes d'iodoforme, c'est trop.

J'ai recommandé aussi de ne jamais employer de solution d'éther

iodoformé dépassant le titre de 5 0/0. Je vois que certains de nos collègues se servent de la solution à 10 0/0; ils ont tort.

Dans mon service, ces injections sont faites tous les jours, en suivant les règles que j'ai indiquées, et cela sans aucun accident. Parfois la douleur est très vive; mais cela ne se voit guère que pour les abcès de la fosse iliaque interne, c'est-à-dire pour ceux où le nerf crural baigne dans le pus; la souffrance éprouvée en pareil cas s'explique aisément.

Laissez-moi rappeler que, d'une façon générale, lorsqu'on veut mettre à l'épreuve un procédé nouveau, la première condition à remplir est de suivre exactement la pratique de ceux qui l'ont les premiers mis en usage.

L'iodoforme appliqué au pansement des plaies a été aussi accusé de toutes sortes de méfaits ; mais, ici encore, il faut le plus souvent s'en prendre à la façon dont il a été employé. Quoi d'étonnant si l'on observe quelque accident lorsque l'on répand sur une plaie jusqu'à 100 et 150 grammes de poudre d'iodoforme? C'est évidemment dépasser la mesure.

M. Brun a bien montré d'autre part, dans son excellente thèse, ce qu'il fallait penser de la plupart des prétendus empoisonnements par l'iodoforme; il a fait voir que les néphrites, que les lésions du foie, découvertes chez les individus succombant à la suite de pansements à l'iodoforme, étaient le plus souvent antérieures à l'application du médicament. Aussi, lorsque l'on me rapportera l'histoire de malades pansés à l'iodoforme et chez lesquels on aura observé des troubles digestifs, des vomissements, des phénomènes divers de prétendue intoxication, attribués à l'emploi de cette substance, demanderai-je toujours si l'on s'est, au préalable, enquis de l'état des viscères.

La morphine provoque aussi parfois des vomissements; mais c'est presque toujours chez les sujets qui ont des reins malades. Songe-t-on pour cela à renoncer à l'emploi de la morphine? On ne renoncera pas davantage à celui de l'iodoforme.

L'iodoforme, comme tout médicament, a ses avantages et ses inconvénients; il s'agit seulement de savoir le bien manier, et particulièrement, pour en revenir aux injections d'éther iodoformé, de ne jamais l'injecter comme M. Houzel, en quantité trop abondante, ni, comme d'autres, en solution trop forte.

Rapport.

Sur six observations de M. Ledru (de Clermont-Ferrand), intitulées : 1° *Épithélioma de l'angle interne de l'œil, ablation, autoplastie à l'aide d'un large lambeau frontal ;* 2° *Polype naso-pharyngien, ablation du maxillaire supérieur ;* 3° *Polype de l'utérus, ablation aux ciseaux;* 4° *Arthrite suppurée du coude, résection;* 5° *Furoncles multiples, abcès lombaire consécutif;* 6° *Fracture du crâne avec enfoncement, crises épileptiformes, extraction des esquilles.*

Rapport par M. Kirmisson.

M. le Dr Ledru (de Clermont-Ferrand) nous a adressé un faisceau de six observations, qui toutes présentent un réel intérêt. Ne pouvant les analyser devant vous dans tous leurs détails, j'insisterai seulement sur deux d'entre elles qui me paraissent avoir une importance particulière.

I. — Une première observation est relative à un homme de 62 ans, portant un *large épithélioma*, qui avait complètement détruit l'angle interne des paupières de l'œil gauche jusqu'aux points lacrymaux, s'était étendu transversalement jusqu'à un centimètre de la commissure interne de l'œil droit, et, en bas, jusqu'au tiers moyen du dos du nez. Après avoir fait l'extirpation de toutes les parties malades, M. Ledru combla la perte de substance, au moyen d'un lambeau frontal, dont il eut soin de placer le pédicule au-dessus de l'arcade sourcilière droite, de façon à pouvoir amener le lambeau en place par un simple mouvement d'abaissement, et avec une très faible torsion. Le succès couronna cette autoplastie bien conçue et habilement exécutée.

II. — Une seconde observation de M. Ledru a trait à un *polype fibreux naso-pharyngien* pour lequel ce chirurgien pratiqua l'ablation du maxillaire supérieur, chez un jeune garçon de 13 ans. Le polype remplissait toute la fosse nasale droite, toute la cavité pharyngienne jusqu'au bord inférieur du voile du palais, et le sinus maxillaire droit, dont la paroi antérieure avait été détruite. La tumeur faisait sous la peau de la joue une saillie présentant le volume d'une mandarine. En outre, on découvrit, pendant l'opération, un prolongement engagé dans la fosse ptérygoïde, et difficile à arracher.

C'est bien dans de semblables tumeurs, volumineuses et possédant de nombreux prolongements, qu'une intervention large est commandée. Aussi ne peut-on qu'approuver ici l'ablation du maxillaire supérieur à laquelle M. Ledru a dû la guérison de son malade. Nous lui présenterons toutefois une objection relative à la forme

de l'incision cutanée. Ce chirurgien a eu recours à la grande incision à convexité inférieure, partant de la commissure labiale et remontant jusque vers la tempe, à deux centimètres en dehors du grand angle de l'œil. Si elle descend trop par en bas, cette incision expose à couper le canal de Sténon et les filets du nerf facial. Pour nous, ayant eu à faire un certain nombre de résections partielles ou totales du maxillaire supérieur, nous nous sommes toujours servi de l'incision suivant les contours de la paupière inférieure et de l'aile du nez. Elle nous semble permettre plus facilement la section de la branche montante du maxillaire, et les manœuvres dans l'intérieur de la cavité pharyngienne, en même temps qu'elle laisse une moindre difformité. On sait, en effet, avec quelle facilité la réunion par première intention est obtenue à la face, et la mince cicatrice se dissimule dans les plis de la paupière inférieure, et le sillon de l'aile du nez.

Une particularité à signaler dans cette observation, c'est la fonte purulente du globe de l'œil, complication heureusement rare dans l'ablation du maxillaire supérieur, sans qu'il soit possible d'en rendre responsable l'opérateur. Il note, en effet, dans sa description, la précaution qu'il a prise de décoller le périoste du plancher de l'orbite et de sectionner le nerf sous-orbitaire. On ne peut donc incriminer ici l'arrachement de ce nerf.

III. — Je mentionnerai rapidement la troisième observation de M. Ledru.

Elle est relative à un *polype de l'utérus* du volume d'une orange, inséré par un pédicule étroit dans la cavité du col, vers le milieu de sa hauteur et sur sa surface antérieure. L'excision de ce polype fut pratiquée à l'aide des ciseaux après abaissement de l'utérus, et avec toutes les précautions antiseptiques (injections au sublimé, tampons d'iodoforme). La guérison eut lieu sans incident. Trois mois après, la malade se présentait de nouveau au chirurgien, avec de la métrorrhagie. On aurait pu croire à l'existence d'un second polype. Mais il suffit de pratiquer la dilatation de la cavité utérine avec de petits tampons iodoformés, puis d'avoir recours au curage, pour obtenir la cessation des pertes sanguines, qui étaient dues uniquement aux fongosités de la muqueuse utérine.

IV. — Le quatrième fait de M. Ledru serait de nature à nous arrêter longtemps, si malheureusement l'absence de détails suffisants ne lui enlevait une bonne partie de son intérêt.

Il s'agit d'un homme de 28 ans qui, sept ou huit ans auparavant, avait eu la syphilis. A son entrée à l'hôpital, le 16 décembre 1886, il présentait un trajet fistuleux à la face interne de la partie inférieure

de l'humérus, depuis trois ans déjà. Au commencement de février, en dépit du traitement suivi (immobilisation dans une gouttière, pointes de feu, iodure de potassium à l'intérieur), l'état s'aggrava. Le gonflement et la douleur augmentèrent beaucoup; un nouvel abcès se forma au côté externe du coude; il devint évident que la suppuration avait envahi toute l'articulation. M. Ledru se décida, dès lors, à recourir à la résection du coude, qui fut pratiquée le 5 février 1887, au moyen de deux incisions latérales de dix centimètres de longueur environ. Au moment de luxer l'humérus en dehors pour le faire sortir par la plaie, le chirurgien éprouva une grande difficulté tenant à l'adhérence de l'olécrâne à la partie postérieure de l'humérus. Ces adhérences durent être détruites avec la rugine.

Cette opération fut marquée par un accident, que M. Ledru signale d'ailleurs avec la plus entière bonne foi, la section du nerf cubital. « Malgré tout le soin que j'avais mis, dit-il, à faire sortir le nerf cubital de sa gouttière, il s'est trouvé coupé dans les manœuvres postérieures de l'opération.» Or, comment s'est comporté le chirurgien à l'égard de cette plaie du nerf cubital? Il ne nous le dit pas. Nous aurions surtout désiré savoir si le malade a conservé une paralysie définitive, ou si la réparation fonctionnelle a eu lieu. L'auteur se borne à noter qu'au bout de huit mois la cicatrisation était complète, les mouvements de flexion et d'extension du coude étaient très étendus, il restait de la raideur du poignet et des doigts.

Quelle était enfin la nature des lésions pour lesquelles a été pratiquée la résection ? En l'absence de tout examen histologique des parties molles et des extrémités osseuses composant la jointure, il est impossible de le préciser. Il eût été cependant bien intéressant de savoir si l'on avait affaire à de la tuberculose, ou à une altération syphilitique de l'articulation.

V. — J'arrive maintenant aux deux dernières observations de M. Ledru sur lesquelles j'insisterai un peu plus longuement.

L'une d'elles est relative à un homme de 32 ans qui, pendant la seconde moitié du mois d'août 1871, fut en proie à une diathèse furonculeuse qui traduisit son existence par l'apparition de trois orgeolets, dont deux à la paupière inférieure gauche, et le troisième à la paupière inférieure droite. Le 1er septembre, parut un furoncle de la lèvre supérieure, suivi bientôt d'un anthrax près de l'aile droite du nez.

Le 18 septembre, le malade partit pour Châtelguyon où il se fatigua par de longues courses. Au cours d'une de ces excursions, le 27 septembre, il fut surpris par une pluie abondante; il se réfugia et s'assit dans une excavation de rocher où l'eau suintait de toute part. Dans la nuit du 28, il fut pris d'un violent frisson, bientôt suivi d'une douleur

très vive dans la région lombaire gauche. Le matin, la fièvre et la douleur lombaire avaient beaucoup diminué ; mais elles reparurent dans la nuit du 29, et, le 30 septembre, le malade quitta Châtelguyon pour rentrer chez lui, où il prit le lit qu il dut garder pendant plusieurs mois.

M. Ledru, qui soignait le malade, vit évoluer tous les symptômes d'un abcès de la fosse lombaire qui, s'étendant suivant la gaine du psoas, gagna la fosse iliaque et la partie supérieure et interne de la cuisse. Le membre restait constamment dans la flexion, le talon rapproché de la fesse et le pied dans la rotation en dedans. Enfin il se forma dans la fosse lombaire, à 6 centimètres en dehors des apophyses épineuses, une saillie de la grosseur d'une moitié d'œuf de poule, et on constata en ce point une fluctuation profonde. Sur cette saillie, M. Ledru pratiqua une ponction à l'aide d'une aiguille aspiratrice et retira un peu plus d'un demi-litre de pus. Le malade se trouva soulagé ; à partir de ce moment, et à sept reprises différentes, à cinq ou six jours d'intervalle d'abord, puis à huit jours de distance, on fit de nouvelles ponctions, qui donnèrent lieu à des évacuations de pus de moins en moins abondantes. Mais il restait encore une tuméfaction dure et douloureuse dans la fosse iliaque gauche et à la partie supérieure et interne de la cuisse. La persistance du gonflement et de la douleur fit croire à la présence de pus au-dessous de l'arcade crurale, et l'on tenta, à la partie supérieure de la cuisse, une ponction, mais sans résultat. Nous passerons sous silence les détails ultérieurs de l'observation, et nous nous contenterons de dire que la guérison fut complète, et que le malade recouvra entièrement les mouvements du membre inférieur gauche.

Deux points sont à considérer dans ce fait : 1° la pathogénie de cette vaste collection purulente ; 2° le mode de traitement qui a conduit le malade à la guérison.

Au point de vue de la pathogénie, on ne peut manquer d'être frappé de la succession des nombreux furoncles et de l'abcès lombaire que présenta le malade. Aujourd'hui que nous connaissons la nature parasitaire du furoncle et de l'anthrax, nous comprenons aisément que les micro-organismes, caractéristiques de ces inflammations, pénétrant dans l'épaisseur de nos tissus, puissent y devenir le point de départ de suppurations consécutives. C'est là, du reste, un point qui a été développé, cette année même, par M. Verneuil dans une communication à l'Académie des sciences (9 janvier 1888). M. Verneuil a même fait allusion dans son mémoire à l'observation de M. Ledru. Aussi n'insisterons-nous pas sur ce point. — Quant à la thérapeutique, il est intéressant de voir un moyen aussi simple que la ponction aspiratrice suffire à procurer la guérison d'une vaste collection purulente qui avait envahi la gaine du psoas, comme le montrent le gonflement étendu à la région lombaire, à

la fosse iliaque et à la partie supérieure et interne de la cuisse ainsi que l'attitude du membre caractérisé par une flexion permanente de la cuisse sur le bassin, avec rotation en dedans.

VI. — La dernière observation de M. Ledru est intéressante, en ce qu'elle a trait à la trépanation du crâne, si souvent déjà, et tout dernièrement encore, discutée devant la Société de chirurgie.

Il s'agit d'un homme de 46 ans qui, le 10 décembre 1874, reçut un coup de pioche sur le côté gauche de la tête.

Il en résulta une plaie linéaire des téguments au niveau des tiers supérieur et moyen du pariétal gauche, au fond de laquelle on apercevait, dit l'auteur, un trou circulaire de l'os. Le malade n'accusait pas de douleurs ; il se plaignait seulement de lourdeur de tête, et il avait un engourdissement marqué des trois derniers doigts de la main droite. Il n'y eut rien de particulier jusqu'au 15 décembre ; mais ce jour, le malade présenta pour la première fois une crise épileptiforme, pendant laquelle les convulsions portèrent exclusivement sur le côté droit.

Le 16, la parole devint embarrassée : le chirurgien se décida, dès lors, à intervenir. Il débrida le cuir chevelu, puis, introduisant des pinces par le trou existant sur l'os, il retira successivement seize esquilles, tant de la table externe que de la table interne.

Le 17 et le 18, le malade eut de nouvelles attaques convulsives. Le 19, à la visite, on trouva dans le fond de la plaie un peu de pus et une petite esquille qui fut enlevée. Enfin, le 21, à 5 heures du matin, de nouvelles crises convulsives se montrèrent, et elles se répétèrent, de demi-heure en demi-heure, jusqu'au moment de la visite. M. Ledru examina de nouveau la plaie, il vit une nouvelle esquille qu'il enleva, et put alors apercevoir un petit orifice de la dure-mère, à travers lequel il engagea un stylet. Du pus s'écoula le long de l'instrument. Dès lors, le chirurgien débrida la dure-mère, et put enlever à l'aide d'une éponge une nappe de pus recouvrant les circonvolutions cérébrales. Il aperçut, dans ce temps de l'opération, la scissure de Sylvius.

Cette nouvelle intervention amena dans l'état du malade une amélioration marquée. Toutefois la convalescence fut interrompue par une nouvelle crise épileptiforme survenue le 16 janvier. Examinant la plaie ce même jour, on trouva à sa surface une croûte qu'il suffit d'enlever pour donner libre écoulement au pus, et faire cesser définitivement les accidents. Le malade put quitter l'hôpital le 7 février. A ce moment, la plaie est fermée par un tissu fibreux résistant. Il y a encore un peu de faiblesse dans le bras droit, et de la gêne de la parole, avec légère déviation de la bouche du côté gauche.

Sans doute, on peut reprocher à M. Ledru de n'avoir pas fait d'emblée une intervention assez rapide et suffisamment large ; il est certain que le malade aurait couru de moins grands dangers et

aurait guéri plus rapidement si, comme dans le cas que vient de nous rapporter M. Monod, à l'aide d'une trépanation primitive, le chirurgien avait enlevé dès le début toutes les esquilles, et mis la plaie dans de bonnes conditions d'asepsie. Mais il faut bien dire que cette observation a été recueillie à la fin de 1874, à une époque où l'usage du trépan n'avait pas repris, dans la chirurgie, la place qu'il occupe actuellement. On ne peut donc blâmer le chirurgien d'avoir agi avec lenteur et parcimonieusement.

Telles sont, messieurs, les observations intéressantes qui nous ont été communiquées par M. Ledru; je vous propose de lui adresser des remerciements, en déposant ses observations dans nos archives.

J'ajoute que M. Ledru est chirurgien de l'Hôtel-Dieu et directeur de l'École de médecine de Clermont-Ferrand; ce sont là de nouveaux titres qui s'ajoutent à ceux qui lui sont fournis par ses observations pour le faire inscrire dans un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

Communication.

Myome utérin pédiculé, ayant cheminé dans la cloison recto-vaginale et simulant une rectocèle,

Par M. Léon Le Fort.

Le 1er juin dernier je reçus dans mon service une femme qui s'y présenta comme atteinte d'une chute de la matrice. Elle était âgée de 55 ans, avait toujours joui d'une bonne santé et avait eu cinq enfants. Après le dernier accouchement qui remontait à quatorze ans, elle sentit, suivant son expression, « que quelque chose lui pendait entre les jambes ». Elle ne vit aucun médecin et se contenta de porter une serviette périnéale, elle n'éprouvait du reste aucune souffrance.

Un mois avant son entrée à l'hôpital, sans qu'elle pût attribuer à aucune cause l'apparition des accidents, elle éprouva des douleurs du côté du bas-ventre et de l'anus, douleurs sourdes se montrant par accès et qui, chose assez singulière, étaient moins vives dans la station debout. Elle s'aperçut aussi que son linge était taché de pus, c'est ce qui la décida à entrer dès le lendemain à l'hôpital.

Le 2 juin, en l'examinant, on constate qu'une tumeur du volume du poing fait saillie hors de la vulve et simule, en effet, un prolapsus utérin; mais, en pratiquant le toucher vaginal, on pénètre dans un vagin ayant à peu près sa longueur normale et au fond duquel on trouve le col utérin. La tumeur est recouverte par la muqueuse de la paroi vaginale postérieure; par sa face antérieure qui se continue avec

cette paroi, en arrière, le pédicule de la tumeur se continue avec la muqueuse de la fourchette. On a donc tous les caractères d'une rectocèle vaginale, du moins quant à l'aspect extérieur. Mais cette tumeur est dure, formant une masse compacte, et le toucher rectal montre que la paroi rectale n'a subi aucun changement de position.

Vers le bord droit et la partie inférieure de la tumeur, se remarque un orifice fistuleux laissant échapper quelques gouttes de pus. Un stylet, introduit par cet orifice, pénètre de bas en haut dans une étendue de 3 centimètres et arrive dans une très petite cavité creusée dans la masse de la tumeur. Il semble donc que nous ayons affaire à une rectocèle vaginale accompagnée d'un épaississement très anormal du tissu cellulaire de la cloison, avec inflammation suppurative sur un point; mais le volume, la dureté de cette masse me fait soupçonner qu'il s'agit peut-être plutôt d'une tumeur fibreuse, ou d'un ancien hématome converti en masse fibrineuse; aussi, est-ce à l'amphithéâtre que je procède à l'incision de la poche donnant naissance à la fistule.

Le 5 juin, la malade étant anesthésiée, j'introduis la sonde cannelée par l'orifice de la fistule et j'incise sur elle la paroi antérieure de la poche; elle a une couleur noirâtre et renferme quelques lambeaux de tissu sphacélé que j'enlève avec la cuiller tranchante. La paroi antérieure de la poche est très dure, son épaisseur n'a pas moins de 3 centimètres; pour mettre largement à découvert l'intérieur de la poche, je cerne une tranche de la tumeur par deux incisions elliptiques se rencontrant à leur extrémité et je l'enlève. Je constate alors que la coupe de cette tumeur donne absolument l'aspect d'un fibro-myome, et je me décide à isoler toute la tumeur de la muqueuse qui la recouvre et à l'enlever comme une tumeur ordinaire. Je prolonge mon incision en bas jusqu'à la fourchette, en haut et en avant jusqu'à la base qui répond à la partie inférieure du vagin, je dissèque la masse et je l'isole jusqu'à la base adhérente. En exerçant sur cette masse quelques tractions, pendant que mon index droit est introduit dans le rectum, je constate qu'elle a un pédicule rubané, de la grosseur du doigt, qui se tend lorsqu'on tire sur la tumeur et qui, dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, remonte jusqu'au col utérin.

Je prolonge alors en haut mon incision vaginale, j'isole peu à peu ce pédicule, et je remonte ainsi jusqu'aux environs du col, mais sans l'atteindre. Je sens en effet que je ne suis plus séparé du rectum d'un côté, du vagin de l'autre, que par une paroi peu épaisse; j'approche en même temps du cul-de-sac péritonéal postérieur et je crois plus prudent de sectionner le pédicule sans chercher à atteindre son point d'implantation, le pédicule n'est nullement vasculaire.

Les téguments qui constituent la coque de la tumeur me paraissant trop larges pour se prêter à une réunion facile, j'en excise une partie; j'applique quelques ligatures sur des artérioles, je place un drain et je réunis par quelques fils d'argent. Aucun pansement n'est appliqué. Le soir la malade est sondée.

Le 9 juin, il n'y a eu ni malaise, ni élévation du pouls ou de la

température qui a été de 37°,8 le soir de l'opération et n'a pas dépassé depuis 37°,4. La cicatrice a profondément remonté dans le vagin et se trouve à trois travers de doigt de la fourchette. Il y a un peu de suppuration de l'intérieur de la poche. Je retire le drain.

Le 11 juin, la malade qui n'a éprouvé aucun malaise demande à se lever, je le lui permets et, à partir de ce moment, elle se lève toute la journée.

Le 20 juin, je procède à un examen de la région. La cicatrice est solide et a remonté encore un peu plus haut dans le vagin. Quelques fils d'argent se sont spontanément détachés, je retire les autres. La vulve a repris absolument son aspect normal; il n'y a plus trace de rectocèle. Dès le lendemain de l'opération la miction et la défécation ont été normales.

Exeat, guérie le 21 juin.

La tumeur soumise à l'examen histologique par mon chef de laboratoire M. Deyenne n'est autre chose qu'un myome utérin. D'après les faits constatés au cours de l'opération, il me paraît probable que ce myome s'est développé au niveau du col, au point où s'insère la cloison vaginale, qu'il a cheminé dans la cloison vagino-rectale, a fait saillie du côté du vagin, s'est pédiculé et est ainsi venu faire saillie à la vulve sous l'aspect d'une rectocèle.

Discussion.

M. Marc Sée. J'ai observé un fait qui a quelque analogie avec celui de M. Le Fort. Il s'agit aussi, dans mon cas, d'un fibromyome qui se présentait dans la cloison recto-vaginale ; il était volumineux, gros comme une tête d'enfant. La femme qui le portait avait 28 à 30 ans. Je crus, au premier abord, à un fibrome de l'utérus venant faire saillie au dehors; mais, en touchant la malade, il me fut facile de constater que le col était intact et ne donnait pas passage à la tumeur. Par le toucher rectal, je reconnus bien vite que celle-ci siégeait dans l'épaisseur de la cloison.

Une incision, faite sur la muqueuse, permit l'ablation facile de cette tumeur par voie d'énucléation; je m'attendais à trouver entre elle et l'utérus quelque connexion au moins éloignée. Il n'en fut rien ; elle était absolument indépendante. Y avait-il eu, comme dans le cas de M. Le Fort, un pédicule utérin qui s'était déchiré au cours de son évolution; cela est possible, mais ne put être constaté ni présentement ni plus tard, la femme ayant guéri. Le corps fibreux paraissait bien s'être développé dans l'épaisseur de la cloison.

Communication.

Abcès rétro-utérin à la suite d'une pelvipéritonite. Ouverture dans le rectum. Développement de varices hémorrhoïdales autour de l'orifice de communication. Hémorrhagies violentes. Guérison par la cautérisation au thermocautère,

Par M. Schwartz.

Le fait que j'ai l'honneur de vous communiquer n'a d'autre mérite que sa rareté et quelques difficultés pour le diagnostic, qui n'a pas laissé que de m'embarrasser un peu. C'est à ce titre que je tiens à le faire connaître, désireux de savoir si des cas analogues ont été observés par mes collègues.

Voici l'observation de ma malade :

Il s'agit d'une dame de 57 ans environ, Mme L..., auprès de laquelle je fus appelé par mon ami, le Dr Wickersheimer, qui la soignait, depuis quelque temps déjà, pour des pertes de sang abondantes par l'anus, qui, plus fortes dans ces derniers temps (décembre 1887), l'avaient amenée à un état d'anémie excessivement avancé.

La malade nous raconta qu'elle avait eu, il y a neuf ans, une attaque de pelvipéritonite, traitée par notre regretté collègue Gallard, qui avait été suivie d'un abcès ouvert dans le rectum ; l'abcès ne s'était pas guéri depuis ; la malade avait eu des poussées successives d'inflammation suivies de détente, accompagnées de pertes de pus par les garde-robes, et manifestement en rapport avec l'oblitération temporaire de la poche abcédée, puis sa réouverture dans le gros intestin, lorsqu'elle était tendue et remplie. Chaque évacuation était, au dire de la malade, accompagnée de l'issue d'une certaine quantité de sang. Les crises étaient extrêmement douloureuses et avaient été considérablement améliorées depuis un séjour aux eaux de Néris.

Malgré cet état de souffrance, les règles avaient persisté jusqu'il y a deux ans ; à cette époque, la ménopause s'établit. A partir de ce moment, la malade commença à perdre du sang par l'anus en beaucoup plus grande abondance ; l'écoulement de sang, à l'occasion des selles, qui sont amenées presque chaque fois à l'aide de laxatifs et de lavements ou même en dehors d'elles, a encore subi une recrudescence l'an dernier, puis a été amélioré par le séjour à Néris et le traitement par les toniques, l'ergotine, etc.

En automne 1887, Mme L... se trouvait plutôt mieux quant à ses douleurs, malgré des pertes incessantes, mais très peu abondantes, de sang, lorsque je fus appelé à l'examiner. Voici l'état dans lequel je la trouvai alors :

Facies anémique très prononcé, fatigué ; souffle vasculaire au niveau des gros vaisseaux du cou. L'examen de l'abdomen par la vue ne révèle rien ; à la palpation superficielle, il est peu douloureux ; ce

n'est que la pression profonde, au niveau de l'hypogastre et sur les parties latérales, qui amène des douleurs vives, sans qu'il soit possible de sentir aucune tuméfaction appréciable. Le toucher vaginal nous fait tomber sur un col absolument immobile et fixé en arrière et sur les côtés par une tuméfaction dure, très douloureuse à la pression actuellement (il n'y a pas de pertes de pus par l'anus), sans qu'il n'y ait nulle part aucune trace de fluctuation. En touchant le col le plus loin possible, il semble que l'utérus soit en rétroversion, et, en tout cas, solidement fixé. Le toucher vaginal étant très douloureux, nous n'insistons pas lors de ce premier examen.

Le toucher rectal nous fait tomber, à 5 centimètres environ de l'anus et au niveau de la paroi antérieure, sur une tuméfaction dure, mais résistante à la pression un peu profonde, douloureuse ; il y a un peu de chute du rectum, mais pas d'hémorrhoïdes externes ; l'exploration des parois de l'intestin ne donne aucune sensation d'altération quelconque qui puisse expliquer ces hémorrhagies si répétées et si rebelles au traitement suivi jusque-là. Le speculum ani, introduit aussi profondément que possible sans provoquer trop de douleurs, montre une muqueuse rouge, tuméfiée ; mais il est impossible d'apercevoir l'orifice de l'abcès ; cependant, en ressortant l'instrument, on ramène une petite tumeur hémorrhoïdaire pédiculée par le pincement des deux valves et turgescente. Il nous fut impossible de faire sans chloroforme un examen plus approfondi ; mais, à partir de ce moment, notre conviction était que le sang provenait, sans aucun doute, d'hémorrhoïdes internes, sans qu'il nous fût permis d'être fixé sur leur situation exacte et leur développement.

Dès ce moment fut agitée la question de l'intervention. Il y avait deux choses chez notre malade : d'un côté, un abcès rétro-utérin, ouvert dans le rectum, se remplissant et se vidant de temps à autre ; de l'autre, des hémorrhoïdes internes fournissant du sang en grande abondance et menaçant, par leur persistance, la vie de la malade, surtout si l'écoulement reprenait l'intensité qu'il avait déjà présentée quelques mois auparavant. Influencé par les répugnances de la malade, à laquelle on avait représenté, bien longtemps avant, les dangers d'une intervention contre la pelvipéritonite, notre opinion fut qu'il fallait aller au plus pressé et combattre les hémorrhagies en attaquant directement leur cause. Comme, les jours suivants, celles-ci avaient beaucoup diminué sous l'influence des injections sous-cutanées d'ergotinine et de divers autres moyens hémostatiques appliqués par le rectum, toute tentative opératoire directe fut écartée pour le moment.

Mais, dans les premiers jours de janvier, le sang reparut de nouveau, et en si grande abondance, que M[me] L... en rendit, en une fois, jusqu'à une demi-cuvette. Devant ce retour, toute tergiversation fut abandonnée, et l'intervention fut acceptée. Je comptais, après avoir endormi la patiente, rechercher, à l'aide du speculum et d'un bon éclairage, le point de départ des hémorrhagies, et y remédier, séance tenante, en détruisant les vaisseaux dilatés à l'aide de la cautérisation au thermocautère.

C'est ce qui fut fait le 14 janvier 1888. La malade étant chloroformée, avec l'aide de mes confrères, les Drs de Ranse et Wickersheimer, j'examinai minutieusement et sans difficulté toute la paroi antérieure du rectum, et nous vîmes, à 4 ou 5 centimètres de l'anus, encadrant en bas l'orifice par où se vidait l'abcès pelvien, une grappe de veines dilatées, turgescentes, dont l'ensemble avait l'aspect de trois gros grains de raisin noir. Il me fut facile, en protégeant les parties périphériques, de les toucher avec la pointe du thermocautère et de les détruire complètement. Après quoi, lavage boriqué du rectum et tampon de vaseline iodoformée; constipation de quelques jours provoquée par des doses d'extrait thébaïque.

Tout se passa sans incidents; il n'y eut aucun retentissement du côté du péritoine, et les hémorrhagies cessèrent et ne reparurent plus depuis. De temps en temps, la malade perd quelques gouttes de sang qui proviennent des bourgeons charnus du trajet fistuleux.

Des nouvelles toutes récentes m'apportent la confirmation de la guérison. Mme L... a toujours son abcès pelvien, qui se remplit, puis se vide; mais elle a repris des forces, un bon teint, va et vient et demande qu'on la guérisse encore de l'abcès rétro-utérin. C'est là un fait délicat, comme détermination opératoire, et nous ne nous y arrêterons pas actuellement.

Telle est l'observation résumée du fait. J'ai eu beau compulser mes notes et les principaux journaux que j'ai eus à ma disposition, je n'ai pu trouver aucune indication de cas semblables ou même analogues. Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que les hémorrhoïdes internes sont souvent, chez la femme, sous la dépendance de lésions de l'utérus et de ses annexes; les phénomènes de congestion et de stase qui se produisent dans les veines du petit bassin ont servi à expliquer leur pathogénie dans ces cas; ajoutons à cela la constipation fréquemment occasionnée par ces mêmes affections, et qui constituera un nouveau facteur en faveur de la dilatation et des varices des veines hémorrhoïdales.

Mais, lorsque les hémorrhoïdes existent alors, elles sont généralement beaucoup plus étendues; elles ne sont pas limitées, comme dans notre fait, à trois petits bourrelets disposés en forme de trèfle et encadrant la partie inférieure de l'orifice fistuleux; il semble donc qu'il y ait eu un rôle direct dévolu aux modifications qui se sont faites au niveau de ce dernier (rétraction des boutonnières musculaires par sclérose) pour produire l'ectasie veineuse et les hémorrhagies considérables qui en sont résultées.

Nous avions pensé un instant, avant tout examen, que le sang pouvait provenir de l'abcès lui-même; heureusement qu'il n'en était rien, car le pronostic eût certes été autrement grave dans ce dernier cas que dans celui que nous avons eu à soulager.

Discussion

M. Trélat. De quel speculum M. Schwartz s'est-il servi pour son exploration?

M. Schwartz. Du vôtre, Monsieur Trélat, pour dilater l'anus, puis du speculum ani et de la grande valve de Sims, pour inspecter le rectum.

M. Trélat. Voici pourquoi j'ai posé cette question. Mon speculum, le malade étant chloroformé et l'anus dilaté, constitue une ressource considérable pour l'exploration du rectum. Je suis convaincu que, si M. Schwartz y avait eu recours tout d'abord, il aurait, dès son premier examen, vu tout ce qu'il a constaté plus tard.

Pour ce qui est des hémorrhoïdes venant compliquer une affection utérine, le fait est bien connu. Allingham, Curling, en ont signalé des exemples. Ces auteurs et surtout le premier ont, en outre, bien décrit certaines formes d'hémorrhoïdes en grappe avec pédicule; ils ont fait remarquer que ces tumeurs sont tout particulièrement justiciables du procédé qu'en Angleterre on applique volontiers aux hémorrhoïdes en général, la ligature élastique, peu utilisée, pour cet objet, en France.

A l'appui de ce que je disais, il y a un instant, sur l'exploration du rectum, je puis citer un cas, observé de concert avec M. Bouilly, dans lequel l'emploi du speculum avec la dilatation de l'anus nous a été du plus grand secours. Il s'agissait d'une femme, jeune encore, fortement constituée, sujette à des pertes sanguines se faisant par l'anus et assez abondantes pour compromettre la santé. Notre collègue, le Dr Hutinel, son médecin, avait en vain cherché la cause de ces hémorrhagies; il n'y avait pas d'hémorrhoïdes. Cependant, il avait cru constater, par le toucher rectal, à bout de doigt, une petite saillie irrégulière qui éveilla fort judicieusement ses soupçons. Nous fûmes appelés, M. Bouilly et moi, à donner notre avis.

Le toucher, chez cette malade non endormie, ne nous apprit rien; mais plus tard, sous le chloroforme, après les évacuations intestinales d'usage, l'anus étant dilaté et le speculum en place, nous arrivâmes à un diagnostic très précis, celui d'épithélioma du rectum situé à 8 ou 9 centimètres de l'anus; nous pûmes constater de plus que la tumeur était uniquement de la muqueuse, ce qui permit à M. Bouilly de faire une extirpation complète. Sans ce moyen de diagnostic nous eussions laissé marcher le mal qui aurait été considéré comme inaccessible; grâce à lui, nous pûmes pratiquer une opération précoce et très satisfaisante.

On ne saurait donc trop rappeler que, dans l'emploi de cet instrument qui met à découvert et à la portée du doigt 12 à 14 centi-

mètres d'intestin, on peut trouver une source précieuse de diagnostic ; qu'il est pour certains cas vraiment révélateur, et conduit à une thérapeutique très efficace.

M. SCHWARTZ. Je veux seulement faire remarquer à M. Trélat que je reconnais, comme lui, tous les avantages du mode d'exploration dont il vient de nous parler. Que si je n'y ai pas eu recours lors de mon premier examen, c'est que la malade n'avait pas voulu se laisser endormir par le chloroforme.

Présentation de Malades, Pièces et Instruments.

1° *Orteil en marteau. Résection. Guérison.*

M. SCHWARTZ présente une malade opérée aux deux pieds d'un *orteil en marteau* par résection des extrémités articulaires.

2° *Kyste sanguin du corps thyroïde. Extirpation.*

M. TILLAUX. J'ai l'honneur de vous présenter un kyste du corps thyroïde, du volume d'une grosse tête d'enfant, que j'ai enlevé par énucléation sur une jeune femme de 28 ans. Mon ami, M. Duguet, qui me l'avait adressée, avait pratiqué environ soixante-quatre injections de teinture d'iode dans l'intérieur du kyste. Une ponction avait démontré qu'il s'agissait d'un kyste sanguin. Je n'insisterai pas davantage sur ce kyste remarquable par l'épaisseur des parois et la présence de plusieurs autres petits kystes dans l'épaisseur de ces dernières. Je tiens seulement à dire ceci : Le corps thyroïde peut renfermer des kystes séreux et des kystes sanguins. Aux premiers, faites ce que vous voudrez : ponction, incision, drainage, injections. Pour les seconds, il n'y a qu'une seule méthode : l'extirpation. Le kyste était enveloppé de tous cotés par le corps thyroïde distendu. J'ai conservé une partie de la substance glandulaire, pour éviter le myxœdème opératoire.

M. TRÉLAT. J'approuve absolument la pratique de M. Tillaux. J'ai eu trois fois occasion de l'appliquer pour des tumeurs, il est vrai, plus petites. Je crois que, toutes les fois que le diagnostic de kyste sanguin est bien établi, l'extirpation doit être de règle.

3° *Pétrification d'une tumeur villeuse de la vessie.*

Par M. NICAISE.

Un homme de 78 ans entre, le 5 avril 1876, dans mon service à l'in-

firmerie de l'hospice d'Ivry. Il est atteint de troubles urinaires avec subdélirium. Il porte deux hernies inguinales depuis 30 ou 35 ans. La mort survient au bout de deux jours.

Les viscères, sauf la vessie, ne présentent pas de lésions sérieuses, je ne rapporte pas l'anatomie pathologique des hernies.

Les reins ont une consistance et un poids normaux; la muqueuse du bassinet est injectée.

La vessie renferme 150 grammes d'une urine épaisse, sale, boueuse; elle est de dimension moyenne, ses parois sont à peine hypertrophiées; mais on trouve à sa face intérieure des colonnes charnues assez volumineuses, nettement isolées par presque toute leur circonférence, elles occupent surtout le bas-fond. La muqueuse est injectée dans toute son étendue; au niveau du col, elle est hypertrophiée, indurée; cette induration en occupe tout le pourtour et s'étend un peu sur la face inférieure. A la partie supérieure existe une ulcération qui a la largeur d'une pièce de un franc; cette ulcération répond à une plaque d'injection du péritoine où adhère intimement le grand épiploon.

Sur le côté droit de la vessie, en arrière et à droite de l'orifice de l'uretère, existe un *fongus villeux de la vessie*, assez considérable et au milieu duquel se trouve une sorte de *calcul adhérent*, recouvert en partie par les villosités qui pénètrent dans ses anfractuosités.

La prostate n'est point volumineuse, l'urèthre est normal.

Le *calcul* présente une forme ovalaire et mesure 47 milimètres sur 34. Son poids est seulement de 16 grammes. Il est creusé, en effet, de nombreux espaces libres et ressemble un peu à une mousse qui aurait été enveloppée de dépôts calcaires par une source pétrifiante. Chez notre malade, les dépôts de phosphates et de carbonates se sont faits autour des filaments de la tumeur villeuse. La portion du calcul qui en formait la base et était adhérente est plus compacte que la partie superficielle qui montre plus nettement la pétrification autour des prolongements villeux.

4° *Tumeur fibreuse du ligament large.*

M. Terrier présente une *tumeur fibreuse du ligament large*, pesant 3kgs 590, qu'il a enlevée chez une femme de 47 ans.

5° *Adénite cervicale. Extirpation. Plaie de la jugulaire. Entrée de l'air dans les veines.*

M. Reynier présente les pièces se référant à ce cas et lit la note suivante :

Observation. — Homme opéré le 16 juin d'une énorme tumeur ganglionnaire des régions sus-claviculaire et sterno-mastoïdienne du côté droit. Pendant l'opération, il se produisit à un moment un léger bruit de gargouillement, mais si léger, si petit, que, si nous n'avions été pré-

venu, et prêtant l'oreille à cause de la crainte que nous avions de toucher à une grosse veine, ce bruit nous aurait échappé. Immédiatement nous mîmes une éponge sur la plaie, et ne voyant aucun trouble de respiration, ni de circulation, aucune hémorrhagie se produire, nous crûmes devoir attribuer ce léger bruit au clapotement des liquides qui se trouvaient dans le fond de la plaie, et qui étaient dus à l'expression des tampons de ouate trempés dans la solution phéniquée.

Nous achevâmes l'opération sans voir se produire rien d'anormal, et nous mîmes le pansement, en ne fermant la plaie qu'à la partie supérieure.

Le lendemain, le malade était bien ; un léger suintement avait taché le pansement, mais il ne s'était produit aucune hémorrhagie notable.

Le 18, deux jours après l'opération, le malade eut un léger frisson, sa température le soir monta à 40° ; le lendemain, la température était à 36° 8 ; le pouls rapide, 120. On défit le pansement.

Nous ne vîmes rien du coté de la plaie pour expliquer cette élévation de température. Le malade se plaignait de tousser. Dans ses crachats, il y avait quelques stries de sang.

Bien que n'entendant rien à l'auscultation, nous crûmes à un début de congestion pulmonaire. T. soir, 39°.

Le 20, T. matin, 38° ; soir, 39°,4.

Le 21, un nouveau pansement est fait. La plaie suppure à peine, la partie supérieure est réunie. Aucune rougeur des bords de la plaie ; ce pansement est à peine sali. Le malade se plaint d'avoir par moment des sortes de crises d'étouffement, se produisant quand il boit. Toujours un peu de sang dans les crachats.

Le 22, le pansement est encore renouvelé. Mêmes symptômes.

Le 23, le pansement est fait. La température a baissé, 38° le soir.

Le 24, le malade a eu une crise de dyspnée, le matin. Le pansement est enlevé par mon interne ; au moment où on s'apprêtait à saupoudrer de salol, un bruit de gazouillement se produit, une sorte de sifflement ; immédiatement, on applique sur la plaie un tampon. Mais en même temps le malade pousse un cri, il devient très pâle, sa respiration est rapide, gênée ; il perd connaissance. On lui fait deux injections d'éther, et on lui applique des sinapismes. Au bout de quelques minutes, la face reprend une coloration rosée, la respiration devient plus régulière, et le pouls plus sensible.

En auscultant le malade pendant cette crise, comparable à de l'asystolie aiguë, on entend du côté du cœur des battements très rapides, s'accompagnant d'une sorte de bruit de moulin. La respiration s'entend des deux côtés de la poitrine, mais de gros râles trachéaux empêchent de se rendre un compte exact de l'état du poumon. Cet état persiste pendant quatre heures, sans changement notable, sans que le malade reprenne connaissance. Sa respiration s'embarrasse alors de plus en plus, et il meurt cinq heures environ après le début de l'accident.

A l'autopsie, nous avons trouvé une perforation de la veine jugulaire interne à 1 centimètre au-dessus de sa terminaison. La perforation de

la veine siège sur la paroi externe, elle a 5 millimètres de diamètre environ. Avant d'enlever les vaisseaux, on découvrit cette perforation en exerçant une assez forte compression sur le thorax. Par cette compression, on fit sortir des bulles d'air, qui mirent sur la voie de la perforation. Dans la veine jugulaire existait un caillot qui se terminait en pointe du côté de la sous-clavière. Le cœur était mou, vide de sang; l'oreillette droite était remplie par un caillot fibrineux; mais, ouvert sous l'eau, on ne constata pas de bulles d'air dans le cœur.

Dans le poumon gauche existait de l'emphysème généralisé ; à droite, emphysème surtout au niveau du bord antérieur. Dans le lobe supérieur existait un noyau d'apoplexie pulmonaire. Le centre de ce noyau présentait un léger degré de ramollissement.

Dans le cerveau, rien de particulier à noter.

Telle est cette observation qui nous a semblé curieuse à relater. Car voici un malade qui meurt, de l'entrée de l'air dans le système circulatoire, le neuvième jour d'une perforation de la veine jugulaire, qui semble s'être produite au moment de l'opération, sans qu'une hémorrhagie nous ait fait penser à cette lésion. Nous avons pu faire impunément un certain nombre de pansements sans que des accidents se produisissent. Elle montre combien le diagnostic de pareille lésion peut être difficile. Je n'entre pas dans plus de détails au sujet de cette observation que je publierai plus complètement.

Discussion.

M. Nicaise. Il est difficile de porter sur ce fait un jugement précis : les renseignements donnés sont pour cela trop incomplets. La mort, par entrée de l'air dans les veines, ne me paraît en tout cas pas clairement établie.

M. Reynier. On a constaté à l'autopsie que la veine jugulaire et la sous-clavière contenaient de l'air. Il n'y en avait pas dans les vaisseaux du poumon, mais seulement des foyers apoplectiques.

M. Monod. M. Reynier nous a dit qu'il y avait sur le cadavre une ouverture béante de la jugulaire ; il n'est donc pas étonnant que ce vaisseau contînt de l'air. Cela ne suffit pas pour établir que cet air ait pénétré pendant la vie.

M. Terrier. Je m'associe aux réserves formulées par M. Nicaise et par M. Monod. La question des accidents dus à l'introduction de l'air dans les veines est excessivement obscure. Pour ma part, je n'ai jamais rien vu de pareil. Il faudrait, pour établir le fait par une autopsie, que celle-ci fût pratiquée avec des précautions toutes spéciales, par exemple que le cadavre fût plongé dans un bain et ouvert sous l'eau.

Il a été, du reste, démontré expérimentalement que l'entrée de l'air dans les veines n'est pas forcément suivie de mort. Il faut du moins pour cela qu'il pénètre en masse considérable. Il m'est difficile d'admettre que la minime quantité, qui a pu s'introduire dans le vaisseau par la petite ouverture que nous montre M. Reynier, ait pu entraîner des accidents sérieux. Je crois plutôt à une coïncidence, apoplexie pulmonaire, syncope, etc.

M. Nicaise. Les réserves que j'ai cru devoir faire à propos du cas de M. Reynier s'appuient sur l'étude que j'ai faite du sujet dans ma thèse, sur la lecture des travaux parus depuis lors, sur les expériences faites sur les animaux. Le fait pathologique lui-même n'est pas absolument démontré. Il n'est guère de chirurgien aujourd'hui vivant qui puisse dire qu'il en ait été témoin. Dans le cas de M. Le Fort, souvent cité, il n'est pas prouvé que la mort n'ait pas été due au chloroforme. Tout ce qu'on a dit, à propos de l'entrée de l'air dans les veines, doit donc être revu de plus près.

M. Reynier. Je puis affirmer à M. Nicaise que, dans le service de M. Gosselin, j'ai vu un malade mourir de la sorte. L'opération portait sur le creux sus-claviculaire; nous entendîmes nettement un bruit de sifflement caractéristique, des accidents graves suivirent immédiatement ; une heure après, le malade était mort.

6° *Bistouris antiseptiques.*

M. Bouilly présente au nom de M. Favre, fabricant d'instruments de chirurgie, des bistouris, faits d'une seule pièce, en métal pouvant être stérilisés, sans altération, dans les étuves surchauffées.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

Ch. Monod.

Séance du 11 juillet 1888.

Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ,

2° Le 6e fascicule du tome XIV de nos *Bulletins et Mémoires;*

3° *Traité des fibromes de la paroi abdominale*, par MM. Léon LABBÉ et Charles RÉMY ;

4° *Blessure de la tête par corps contondant datant de quatre ans; accidents épileptiformes; trépanation; guérison,* par le Dr GALVANI (d'Athènes) (commissaire, M. POZZI).

A propos du procès-verbal.

1° *Kyste du vagin.*

M. RICHELOT, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Le Fort, lit l'observation suivante [1] :

Nous avons dernièrement observé, à l'hôpital Tenon, un cas de kyste du vagin remarquable par sa forme, son volume et ses dimensions.

On sait que les kystes du vagin se divisent en superficiels et profonds. Les premiers, sessiles ou pédiculés, à parois minces, à contenu filant, varient de la grosseur d'une lentille à celle d'une noisette. En général multiples, ces kystes superficiels se rencontrent le plus souvent sur la paroi antérieure du vagin. Les kystes profonds situés sous la muqueuse, ordinairement uniques, atteignent des proportions plus considérables que les précédents. Il est rare, toutefois, que leur volume

[1] Observation et remarques par M. Lafourcade, interne des hôpitaux.

soit supérieur à celui d'un œuf de poule. Le cas dont nous allons rapporter l'histoire doit être rattaché à cette variété de kystes profonds.

Jeanne C..., âgée de 36 ans, sans profession, entre dans le service du Dr Richelot, le 2 mars 1888, pour une tumeur du vagin dont le début remonte à deux ans. Les rapports sexuels n'étaient pas d'abord impossibles. La tumeur proéminait à la vulve dans la station verticale et se réduisait spontanément dans le décubitus horizontal. Depuis l'apparition de cette tumeur, deux grossesses ont évolué. La première a débuté à l'époque de l'apparition de la tumeur, qui, d'abord du volume d'une noix, s'est rapidement accrue et a présenté son maximum vers la fin de cette grossesse. La tumeur n'était plus alors spontanément réductible, et la malade dut porter un pessaire. Après l'accouchement, la tumeur diminua de volume pour augmenter de nouveau pendant la seconde grossesse, dont le terme a eu lieu au mois de décembre dernier.

De plus en plus gênée par cette affection, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

La tumeur qui proémine à la vulve est piriforme, à grosse extrémité postérieure. Son grand axe, allongé d'avant en arrière et de haut en bas, mesure 12 à 14 centimètres ; son petit axe transversal présente 4 à 5 centimètres. La partie postérieure de la tumeur est exulcérée. Sa surface est lisse, pâle, blanchâtre sur certains points et comme cutisée. Les plis de la muqueuse vaginale apparaissent au niveau de l'orifice vulvaire. Au premier abord, il semble que l'on ait affaire à un prolapsus du vagin ou à une inversion utérine.

En introduisant le doigt entre la tumeur et les parois vaginales, on est brusquement arrêté, tout près de la vulve, en arrière, en avant et sur la paroi latérale gauche. On ne peut avancer qu'à droite ; le col est rejeté de ce côté. L'utérus, en totalité, est porté à droite ; mais sa direction générale est conservée. L'hystéromètre est facilement introduit dans la cavité utérine, qui mesure 7 centimètres.

La tumeur est élastique et fluctuante. La ponction capillaire ramène un liquide filant, visqueux et très peu trouble.

Un doigt introduit dans le rectum sent l'extrémité d'une sonde placée dans la vessie. Ce fait est dû au transport de l'utérus vers la droite. La sonde ne pénètre point dans la tumeur. La vessie est évacuée sans que celle-ci présente aucune modification. Pas de trace de cystocèle, pas de rectocèle.

Ce kyste est réductible par la pression, en totalité, dans le vagin. Une fois réduit, il remplit le cul-de-sac latéral gauche et occupe, en outre, les parois antérieure, postérieure et latérale de ce côté. Il sort dès que la malade se lève.

En résumé, nous avons affaire à un gros kyste sous-muqueux du cul-de-sac latéral gauche du vagin.

M. Richelot pratique l'opération le 9 mars. Une incision est faite suivant le grand axe du kyste. Celui-ci est ouvert. Sa paroi, épaisse de 3 à 4 millimètres à la partie supérieure, de 5 à 6 à la partie inférieure, est séparée de la muqueuse vaginale. Cette dissection est très

difficile, à cause de l'adhérence intime que présente la paroi avec la muqueuse. La cavité du kyste présente, de distance en distance, quelques étranglements peu accusés. De là une tendance à la multilocularité. Le kyste étant enlevé, une partie de la muqueuse qui le recouvrait est excisée. Drainage, sutures au catgut, tampons iodoformés dans le vagin.

La cicatrisation marche très rapidement ; mais, après la guérison du kyste, la paroi vaginale anciennement distendue forme encore un prolapsus assez considérable. M. Richelot pratique, le 17 avril, une calpopérinéorrhaphie qui, rétrécissant l'orifice de la vulve et diminuant la cavité du vagin, rend à ces organes leurs dimensions normales.

L'examen histologique, pratiqué par M. Buscarlet, interne du service, permet de constater que la paroi du kyste présente deux couches :

1° La plus considérable, externe, est constituée par des faisceaux de tissu conjonctif fibreux, par des fibres élastiques et par quelques fibres musculaires lisses.

2° La couche interne est formée par un épithélium cylindrique, à cellules allongées, étroites, présentant un noyau à leur base, sans plateau à leur extrémité libre. Quelques cellules de remplacement se rencontrent dans cette couche, qui présente, de distance en distance, des dépressions anfractueuses.

La nature de cet épithélium permet-elle de donner une explication suffisante de la nature et du développement de ce kyste, sujet sur lequel les auteurs ont émis des opinions bien différentes ?

M. Verneuil admet que les kystes profonds du vagin ont une formation analogue à celle des bourses séreuses accidentelles. Mais, s'il en était ainsi, ne trouverait-on pas toujours un épithélium pavimenteux sur la paroi du kyste ?

Pour d'autres auteurs, et Virchow est de ce nombre, ces kystes auraient une origine glandulaire, opinion inadmissible, puisque la muqueuse vaginale ne présente point de glandes dans sa structure.

Winckel rapporte leur origine à des collections sanguines, à des hématomes développés dans les parois vaginales et devenus kystiques. Ni le contenu, ni la structure de la paroi des kystes du vagin ne donnent raison à cette théorie.

Nous trouvons enfin une opinion, la plus vraisemblable, qui admet que les kystes profonds du vagin se développent aux dépens des canaux de Gartner, restes du canal de Wolff, et qui peuvent, dans quelques circonstances, persister jusqu'à l'âge adulte de la femme. L'existence de l'épithélium cylindrique donne une grande valeur à cette opinion. On pourrait encore admettre que ces kystes ont un développement analogue à celui des kystes

de l'ovaire, c'est-à-dire qu'ils se produisent par invagination de quelques cellules épithéliales dans les parois mêmes des tubes de Gartner. De là, dans certains cas, une tendance à la multilocularité que nous avons signalée, et qui se trouve également rapportée dans une observation de Kaltenbach.

2° *Intoxication par l'iodoforme.*

M. Quénu. M. Verneuil a soutenu, dans notre dernière réunion, que les accidents observés chez les malades soumis à des injections d'éther iodoformé, faussement attribués, à son avis, à une prétendue intoxication par l'iodoforme, étaient, en réalité, sous la dépendance de lésions hépatiques ou rénales méconnues.

Je puis affirmer que, pour la malade dont j'ai parlé, du moins, cette manière de voir ne peut être défendue. Cliniquement, elle ne présentait aucun signe d'une affection quelconque du foie ou des reins ; c'était une jeune fille de 17 à 18 ans, présentant, la lésion locale mise à part, toutes les apparences de la santé. L'urine a été examinée, précisément en vue de s'assurer de la réalité d'un empoisonnement par l'iodoforme ; elle contenait de l'iode ; par la même occasion, on put s'assurer qu'elle ne renfermait ni sucre ni albumine.

Chez cette jeune fille, donc, les accidents considérables et persistants que j'ai observés, tellement persistants et tellement graves que je ne sais s'ils ont fini par se dissiper, la malade ayant été perdue de vue, ces accidents, dis-je, ne peuvent être rapportés à une autre cause qu'à une véritable intoxication par l'iodoforme.

Rapport.

Fracture de l'extrémité supérieure du péroné gauche. Compression du sciatique poplité externe par un cal exubérant et paralysie totale des muscles extenseurs de la jambe. Résection du cal et dégagement du nerf. Guérison complète, par le Dr Gérard Marchant.

Rapport par M. Ed. Schwartz.

Voici le fait dont il s'agit et que, vu son intérêt et sa rareté, je résumerai devant vous aussi fidèlement que possible :

Un jeume homme de 29 ans, D. L..., sous-officier de dragons, est, dans un rallye-paper, alors qu'il était au grand galop, entraîné entre deux sapins très rapprochés, de telle sorte que la jambe gauche se trouva prise entre le cheval et l'arbre ; le cavalier fut désarçonné et

projeté sur le sol. Il ressentit aussitôt un engourdissement dans toute la moitié externe de la jambe et sur la face dorsale du pied, pour ne souffrir réellement que quelques heures plus tard ; on constata, lors de son entrée à l'hôpital militaire, l'existence d'un violent traumatisme de la région du genou, et le diagnostic porté fut le suivant : fracture du plateau tibial et de l'extrémité supérieure du péroné, luxation du tibia en arrière. Le genou avait pris des proportions énormes peu d'heures après l'accident. On fit des tentatives de réduction et de coaptation, après lesquelles le blessé fut immobilisé dans un appareil plâtré pendant quarante jours. Dans l'appareil, on nota déjà un certain degré d'équinisme qui ne fit que s'accentuer lorsque la jambe fut sortie du plâtre.

C'est à partir de ce moment que l'on s'aperçut : 1° des troubles de la sensibilité dans la zone d'innervation du sciatique poplité externe; 2° de la paralysie des muscles innervés par ce nerf (jambier antérieur, extenseurs des orteils, péroniers latéraux) ; 3° d'un certain degré d'atrophie non seulement de ces muscles, mais encore de ceux du mollet et de la cuisse correspondants.

On trouva alors une diminution, puis une abolition de la contractilité musculaire de la région antéro-externe de la jambe pour les courants faradique et galvanique. Pour y remédier, on électrisa le blessé, qui fut ensuite envoyé à Arcachon ; rien n'y fit, et c'est en voyant son impotence persister qu'il se décida à entrer à l'hôpital Tenon, où notre collègue l'examina six mois après l'accident.

C'est un homme fort, vigoureux, très intelligent. Son membre inférieur gauche est atrophié, surtout à la cuisse ; le pied est en équinisme; il ne peut être redressé, ni tourné en dehors ; le genou ne peut être fléchi au delà de l'angle droit ; le malade peut se tenir indifféremment sur les jambes gauche et droite ; mais il éprouve de la peine à se tenir sur la pointe du pied gauche ; il marche péniblement avec une canne, se fatigue vite et ne peut monter ni se tenir à cheval.

L'examen des mouvements est fait très minutieusement par M. Marchant. Tous les mouvements passifs sont possibles, excepté au genou ; tous les mouvements actifs d'extension des orteils, de flexion dorsale, d'abduction et de rotation du pied en dehors sont impossibles.

L'exploration de la sensibilité permet de constater une zone d'anesthésie *très légère*, sur le territoire innervé par le sciatique poplité externe à la jambe ; analgésie et thermo-analgésie légères aussi. A la face dorsale du pied, entre le 1er et le 2e orteil, à la face externe de la jambe, au-dessous de la malléole externe, existe une zone d'anesthésie presque complète ; thermo-anesthésie très appréciable et analgésie presque complète.

Aucun trouble trophique, pas de douleurs, rien qui indique une névrite ; cependant, un peu d'adipose sous-cutanée. Quand on appuie au niveau du cal exubérant du péroné, dont le relief se dessine au-dessous des téguments, on détermine une douleur assez vive sur tout le trajet du nerf et des fourmillements dans toute la face externe de la jambe et dorsale du pied.

La mensuration montre une différence de contour des deux membres, surtout accentuée à la cuisse, moins à la jambe.

Le Dr Déjerine et Mlle Klumpke, interne de M. Marchant, ont examiné la réaction électrique des muscles en cause, à la galvanisation et à la faradisation.

A la faradisation, elle est nulle pour les muscles antéro-externes de la jambe, diminuée pour ceux de la cuisse, normale pour les jumeaux, soléaire et jambier postérieur. Le nerf sciatique externe est inexcitable au maximum du courant; l'interne répond immédiatement.

Les courants galvaniques donnent les résultats suivants : abolition de la contractilité galvanique des muscles animés par le sciatique poplité externe ; absence de réaction du nerf.

En présence de ces résultats, M. Marchant posa le diagnostic de paralysie complète du sciatique poplité externe, avec zone d'anesthésie légère, sans aucuns phénomènes de névrite irritative. L'atrophie de la cuisse était probablement due au traumatisme articulaire et d'origine réflexe. Sans nul doute, l'agent de la paralysie était le cal d'une fracture vicieusement consolidée. Quand aux rapports du nerf et du cal, il était difficile de les préciser. Y a-t-il enclavement, refoulement, déchirure du nerf?

En présence de cette lésion, si bien déterminée dans son mode et son siège, que fallait-il faire? Notre confrère n'a pas hésité longtemps, et, sur les instances du blessé, qui était condamné à rester infirme, il se décida à opérer le 29 septembre 1886.

Le blessé étant anesthésié, la bande d'Esmarch étant placée, on découvre, par une incision longitudinale de 10 centimètres, le tronc du sciatique poplité externe; on tombe sur le nerf qui est en haut, placé immédiatement en arrière du cal; on le suit dans tout son trajet intramusculaire jusqu'à sa division. Il est emprisonné, sur une partie de son parcours, par du tissu fibreux cicatriciel qui l'enserre et l'étreint dans l'étendue d'un centimètre et demi environ. Mais ce qui frappe surtout, ce sont les connexions du nerf avec le cal et ses altérations macroscopiques. Il est refoulé par le cal, sur lequel il s'enroule et s'aplatit, soulevé et tendu sur cette surface osseuse comme une corde sur un chevalet; c'est avec une certaine difficulté qu'il est dégagé de son lit osseux et récliné en haut et en avant, bien qu'il n'y eût aucun enclavement du nerf par le cal; il s'agit plutôt d'un refoulement, d'une élongation; il repose sur le périoste. Les lésions macroscopiques sont des plus intéressantes; le nerf est augmenté de volume, très aplati dans les points qui correspondent au cal; son renflement est d'autant plus appréciable qu'il tranche sur le volume normal qu'il a en haut et en bas. Dans toute cette portion, il est injecté et gris bleuâtre. Pendant qu'un aide le retire vers le genou, l'opérateur décolle le périoste et attaque le cal exubérant avec la gouge et le maillet; on en enlève facilement des morceaux, de façon à ramener l'os à peu près à son volume normal. Cela fait, tout est remis en place; on suture le périoste, puis l'aponévrose, au catgut, enfin, la peau, au fil d'argent; un drain est placé, puis un pansement compressif et antiseptique de gaze iodofor-

mée et de ouate salicylée ; la bande d'Esmarch n'est enlevée qu'après le pansement.

La plaie opératoire guérit en une quinzaine de jours ; mais les troubles moteurs et sensitifs persistent, et le malade quitte l'hôpital sans aucune amélioration dans son état.

Jusqu'en mai 1887, il n'a éprouvé qu'un mieux léger ; mais, à partir du 29 mai 1887, celui-ci s'est accentué d'une façon notable ; les mouvements reviennent peu à peu, l'atrophie musculaire diminue, tout progresse encore, grâce à un séjour à Barèges en juillet. L'opéré a été présenté, le 6 janvier, à la Société de chirurgie, et voici quel était alors son état.

La mensuration montre que la régénération musculaire s'est faite à la cuisse et à la jambe; l'atrophie musculaire reste plus forte à la cuisse. Le groupe des extenseurs du pied, des rotateurs en dehors et des abducteurs se contracte sous l'influence de la faradisation sans qu'il soit cependant possible d'obtenir un mouvement du pied ou des orteils; les contractions ne sont visibles que dans le corps charnu du muscle; malgré cela le blessé peut sous l'influence de la volonté produire tous les mouvements des orteils et du pied, et pour lui le succès de l'opération est complet.

Tel est en substance le fait plein d'intérêt que nous a présenté notre confrère. Si je l'ai rapporté un peu longuement, c'est que l'observation a été prise avec un soin tout particulier, et qu'elle peut être, au point de vue de différentes recherches à faire, considérée comme un exemple à suivre; de plus, il est rare ; et enfin il a le mérite de nous montrer une intervention justifiée et judicieuse couronnée de succès.

Les cas de lésions du nerf sciatique poplité externe à la suite de fractures de la partie supérieure du péroné sont peu nombreux dans la science; notre confrère les a recherchés. Je n'ai pu en trouver d'autres pour ma part.

Le premier remonte comme publication à l'année 1854 ; le Dr Hergott présentait alors à la Société médicale du Haut-Rhin, dans la séance du 30 avril, l'histoire détaillée d'un cas de fracture du péroné par arrachement; MM. Weber et Muller rapportèrent, dans la même séance, deux observations analogues; dans les trois, la lésion du nerf est indiquée et sa paralysie esquissée.

Depuis, nous devons citer les faits du professeur Duplay, au nombre de deux, dont l'un avec autopsie présenté à notre Société en 1880, et ceux de MM. Périer et Terrier. Ils inspirèrent les thèses de Tisserand et de Couette [1], qui y ajoutèrent deux nouvelles

[1] Tisserand (E.). Des abcès intra-osseux consécutifs aux fractures (*Thèse de Paris*, 1880). — Couette (P.-L.). Lésion du nerf sciatique poplité externe dans les fractures de la tête du péroné (*Thèse de Paris*, 1881).

observations de Callender et de Thibierge, la dernière recueillie dans le service du professeur Gosselin. L'année dernière, le professeur Charcot fit sur le même sujet une leçon (*Publications lithographiées du Progrès médical*, p. 71. Clinique du 20 décembre 1887), où il montra la pénurie des cas publiés, et y ajouta un nouveau fait remarquable, observé à la Salpêtrière. Il est vrai de dire que le nerf péronier, comme le désignent les Allemands, n'a presque pas d'histoire, à l'encontre du nerf radial, son analogue au membre supérieur (Charcot).

Quand on compulse les observations que nous venons d'énumérer, l'on est frappé de la gravité des conséquences de cette lésion. C'est ainsi que les blessés de Callender durent subir l'amputation pour des névrites intenses; celui de Gaujot ne pouvait marcher sans bottines lacées, et au bout d'une demi-heure il était forcé de s'arrêter. Le blessé, observé d'abord par Duplay, a été revu par M. Le Dentu au bout de cinq mois ; il pouvait à peine alors faire quelques pas avec des béquilles. M. Terrier rapporte que le sien guérit après des crises douloureuses de névrite; il conservait au bout d'un an de l'œdème dans le cou-de-pied et des troubles trophiques. Les malades de Hergott, Weber, Müller, guérirent, mais avec des troubles variés.

Aussi ne pouvons-nous qu'approuver notre confrère dans l'intervention qu'il a décidée et pratiquée. Il est vrai de dire que tout y poussait ; le diagnostic rigoureux et précis était posé ; il était certain qu'il y avait au niveau du col du péroné un cal vicieux lésant le nerf sciatique poplité externe et donnant lieu à la paralysie observée; on pouvait même affirmer qu'il n'y avait pas d'enclavement total, puisque la pression sur le cal donnait lieu à des fourmillements et montrait qu'il y avait superficiellement un cordon nerveux incomplètement dégénéré.

Le résultat a été très bon; il s'est passé ce qui arrive presque constamment : c'est que les mouvements, malgré la libération du tronc nerveux, ne sont réapparus que tardivement, sept mois après l'opération et progressivement dans les différents muscles primitivement atteints. L'auteur ne nous a rien dit des troubles de la sensibilité et de leur dispersion rapide ou lente, soit immédiatement après l'intervention, soit au bout d'un certain temps.

Nous terminerons en insistant encore sur ce fait qui, ici, a été très frappant, c'est le retour de la contraction volontaire avant celui de la contractilité électrique : le muscle redevient excitable par la volonté et reste encore plus ou moins insensible à l'action de l'électricité.

Je vous propose de déposer dans nos archives l'intéressante observation de M. Marchant, de lui adresser des remerciements

et de l'inscrire dans un rang honorable parmi les candidats à la place de membre titulaire.

Communication.

De la spermatogénèse dans l'oblitération de la vaginale,

Par M. Paul Reclus.

Le professeur Gosselin, dont les travaux remarquables ont éclairé tant de points obscurs de la pathologie testiculaire, nous dit que, « dans le cas où la tunique vaginale est tout à fait oblitérée par des adhérences solides et définitives la substance séminifère ne fournit plus de spermatozoïdes ». A cette heure, cette affirmation est partout reproduite; elle a force de loi, et, pour la contester, nous ne voyons guère que Fleury (de Clermont), Fafournoux et Juillard. Encore ces auteurs n'invoquent-ils que des raisonnements au lieu de nous apporter des observations à l'appui de leur thèse.

J'ai voulu contrôler l'assertion de Gosselin, et mes recherches ont porté sur plus de trois cents testicules, dont vingt-trois seulement présentaient des adhérences ; encore en est-il douze où la fusion entre les deux feuillets de la vaginale n'était pas absolue ; les trois quarts, les quatre cinquièmes, les cinq sixièmes même de la séreuse étaient oblitérées par des néomembranes épaisses et résistantes, mais enfin il restait encore un espace libre capable de loger un haricot ou un pois ; aussi écartons-nous ces observations pour nous en tenir à la lettre des conditions indiquées par Gosselin, pour qui les adhérences doivent être « complètes, solides et définitives ». Nous dirons seulement que, sur ces douze cas, les animalcules manquaient quatre fois et se rencontraient huit fois en abondance.

Nous ne nous occuperons que des douze glandes dont la cavité séreuse avait disparu, oblitérée par une fusion absolue des deux feuillets épaissis, scléreux et d'une dureté telle que, pour isoler le testicule, il fallait, pour ainsi dire, le sculpter dans la gangue fibreuse. Ces adhérences, comme le demande Gosselin, étaient donc « complètes, solides et définitives ». Eh bien, dans ces douze cas, les spermatozoïdes manquaient trois fois, tandis que neuf fois ils existaient sans conteste. L'affirmation de Gosselin tombe donc devant les faits, et, du moins, neuf fois sur douze les adhérences totales n'ont en rien troublé la spermatogénèse.

Mais attribuerons-nous aux adhérences de la séreuse l'absence d'animalcules dans trois de nos douze observations ? Non, et voici pourquoi. D'abord, les trois sujets chez qui manquaient les spermato-

zoïdes avaient 70 ans, 81 ans et 84 ans. Or, les recherches de Duplay père, celles de Diou et les nôtres, montrent qu'à cet âge les zoospermes manquent dans plus de la moitié des cas. Ensuite, et surtout parce que l'on sait que les inflammations chroniques de la vaginale, — hydrocèle ou néomembranes — sont provoquées par une altération primitive de l'épididyme; or, il est beaucoup plus logique et plus juste d'attribuer les troubles de la spermatogénèse, lorsqu'ils existent, plutôt aux oblitérations primitives de l'épididyme qu'aux adhérences secondaires de la séreuse.

En effet, Gosselin lui-même a prouvé que les épididymites et les périépididymites oblitèrent souvent le canal excréteur du sperme, et nul encore n'a contesté les observations de l'éminent clinicien. Or, les faits qu'il invoque pour incriminer le rôle des adhérences sont loin d'avoir la même valeur : nous avons relu toutes ses œuvres, et nous ne trouvons qu'un seul cas à l'appui de sa thèse. Encore, nous y dit-il que la queue de l'épididyme était indurée, et que cette lésion pouvait, aussi bien que les néomembranes, expliquer l'absence d'animalcules dans les glandes. Une observation douteuse, voilà tout ce que nous trouvons au passif des néomembranes!

Aussi, de cette courte discussion et de l'examen de nos douze cas, je crois pouvoir conclure que l'affirmation de Gosselin est erronée. L'adhérence complète des deux feuillets de la vaginale ne supprime point la spermatogénèse. Dans les cas assez rares (trois fois sur douze) où les animalcules font défaut, on doit incriminer l'épididymite qui a provoqué les néomembranes, et non les néomembranes qui sont toujours secondaires.

Discussion.

M. Monod. Je demanderai à M. Reclus si l'examen microscopique du testicule a été fait dans les cas, dont il vient de nous parler, d'adhérences étendues de la vaginale.

M. Reclus. Non, cet examen n'a pas été fait.

M. Monod. Cela est regrettable. Voici, en effet, la portée de ma question. M. Pilliet, dans une note communiquée à la Société de biologie [1], a montré que, dans l'hématocèle, on pouvait découvrir, dans l'épaisseur même du testicule, des lésions qui semblaient n'être que la prolongation, pour ainsi dire, de celles qui existent dans la vaginale. L'inflammation chronique qui siège dans celle-ci

[1] Pilliet. Note sur l'état du testicule dans l'hématocèle vaginale. (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1887, 3e série, t. IV, p. 324.)

se poursuit dans la glande, et finit par y déterminer une sorte de sclérose véritable.

Ces remarques, faites à propos de l'hématocèle, pourraient s'étendre à toutes les variétés de vaginalites chroniques, et spécialement à celle qui aboutit à la fusion complète des deux feuillets de la séreuse entre eux.

Je me demande donc si à l'anémie testiculaire, vue à l'œil nu par Gosselin, ne correspond pas la sclérose découverte par M. Pilliet, et si, pour expliquer l'absence des spermatozoïdes, dans certains de ces cas, il ne faudrait pas, à côté de l'ingénieuse hypothèse de M. Reclus, faire place à une autre, à savoir : le défaut de spermatogénèse par lésion de la glande elle-même.

Je ferai remarquer encore que la sclérose des parenchymes consécutive à l'inflammation chronique des séreuses qui les recouvrent, est un fait aujourd'hui bien connu de pathologie générale. Notre regretté confrère Poulin a bien résumé dans sa thèse [1] les recherches faites sur ce point par Charcot, Brouardel, Potain et par lui-même [2].

M. Trélat. M. Reclus s'est demandé, à propos des deux procédés de cure de l'hydrocèle, — injections modificatrices et incision, — lequel avait le moins de retentissement sur l'épididyme. Cela est bien difficile à dire, précisément parce que, comme lui, j'admets que l'hydrocèle est presque toujours consécutive à une épididymite préexistante. Comment alors apprécier l'influence récurrente que la lésion de la vaginale, provoquée pour la cure de l'hydrocèle, peut avoir sur l'épididyme, puisqu'il est admis que celui-ci a été primitivement malade?

[1] Poulin (A.). *Étude sur les atrophies viscérales consécutives aux inflammations chroniques des séreuses.* Brochure in-8°. Paris, 1881.

[2] Gosselin, dans une note peu connue de sa traduction de Curling, et qui m'avait échappé jusqu'ici, à propos des fibromes du testicule, s'exprime en ces termes : « Je suis convaincu que l'anémie testiculaire, dont j'ai parlé, se termine quelquefois par une transformation fibreuse, c'est-à-dire, que les tubes séminifères, privés de leurs éléments de nutrition et de sécrétion, reviennent sur eux-mêmes, et se changent peu à peu en cordons pleins qui, avec le temps, deviennent fibreux. Sur un testicule anémique, et dont la tunique vaginale était oblitérée, j'ai positivement constaté l'existence de cordons fibreux remplaçant les tubes, à côté d'autres tubes encore apparents. Il y aurait ainsi dans l'anémie deux périodes : une première, caractérisée par la pâleur avec conservation du calibre des conduits excréteurs ; une seconde, caractérisée par la pâleur, avec passage à l'état fibreux de ces mêmes conduits. [Curling, *Traité des maladies du testicule*, traduction française. Paris, 1857, p. 422 (note du traducteur).]

Il était intéressant de rapprocher ces remarques faites par cet excellent observateur des recherches de Pilliet qui les confirment ; elles viennent les unes et les autres à l'appui de l'opinion que je défends. (Ch. M.)

Pour ma part, du reste, dans tous mes cas d'hydrocèle traités par l'incision, je n'ai jamais vu aucun retentissement sur l'épididyme.

M. Reclus. Mon observation sur ce dernier point ne concorde pas avec celle de M. Trélat. Dans la moitié des cas, au moins, j'ai constaté, dans les jours qui suivent l'opération d'une hydrocèle par incision, un gonflement notable de l'épididyme.

J'admets avec M. Monod, qu'il peut y avoir dans les vaginalites anciennes des lésions scléreuses du testicule ; mais, à mon avis, ces lésions sont consécutives à celles de l'épididyme : ce sont des troubles récurrents. A l'appui de cette opinion, je rappellerai les recherches que j'ai consignées dans mon article Hématocèle du *Dictionnaire encyclopédique*. J'ai montré que le testicule, protégé par sa carapace albuginée, est, pour ainsi dire, absolument isolé de la séreuse qui le recouvre. L'épididyme, au contraire, par le tissu cellulaire qui l'entoure et qui se continue directement avec celui qui double la vaginale, est en communication intime avec la séreuse; d'où les relations pathologiques si fréquentes entre ces deux parties. On sait au reste que l'inflammation ne se propage que par les lymphatiques; or, il n'y a aucune communication entre les lymphatiques du testicule et ceux de la vaginale; le système lymphatique de l'épididyme, par contre, a des relations étroites avec celui de sa séreuse; rien d'étonnant, par conséquent, que son inflammation se propage facilement à la vaginale. Ne voit-on pas d'ailleurs, dans l'hématocèle, les fausses membranes s'accumuler au niveau de l'épididyme, tandis que, sur le testicule, elles sont d'une extrême minceur.

Une lésion, même faible, de l'épididyme peut laisser sur la vaginale des stigmates beaucoup plus profonds que sur l'organe primitivement touché. J'ai pu constater ce fait lors d'une injection d'éther iodoformé faite dans un épididyme; la réaction épididymaire a été singulièrement fugace; au bout de quelque temps elle avait disparu, mais pour laisser après elle une vaginalite très nette. D'une façon générale, donc, il est permis de dire que, dans les affections de l'appareil séminal, les lésions de la vaginale et celles du testicule sont habituellement secondaires; toujours ou presque toujours, c'est l'épididyme qui a commencé !

M. Terrillon. Le retentissement des lésions de l'épididyme sur la vaginale est loin d'être un fait nouveau. On me permettra de rappeler que, dans un travail qui remonte déjà à quelques années, j'ai établi, soit par l'étude de quelques autopsies connues, celles dues à Scheppelern en particulier, soit par des expériences personnelles faites de concert avec mon collègue et ami M. Schwartz,

l'importance des lésions primitives de l'épididyme dans les maladies de la vaginale. Nous avons montré que toutes les fois que l'épididyme était touché, la vaginale elle-même était enflammée consécutivement. C'est une loi générale, aujourd'hui très bien connue, qui ne comporte que peu d'exception.

M. Reclus. Si j'avais voulu faire un historique complet de la question, j'aurais dû remonter jusqu'à Percival Pott qui, le premier, a écrit que la vaginalite était toujours consécutive à des lésions non du testicule, mais de l'épididyme. J'aurais ensuite fait mention des travaux de M. Panas et de ses élèves sur ce sujet. J'aurais rappelé les miens propres publiés en 1876 dans ma thèse inaugurale. Je serais enfin venu à ceux de M. Terrillon, et surtout à ceux de Kocher, qui, dans son Traité, a fait, des vaginalites et de leur pathogénie, un excellent exposé.

M. Trélat. M. Reclus est remonté jusqu'à Percival Pott, et il a eu bien raison. On peut dire que, depuis lors, l'idée mise en avant par cet auteur s'est de plus en plus affirmée, grâce aux travaux des auteurs qui ont suivi. Je me souviens que Nélaton enseignait couramment que les collections vaginales étaient toujours symptomatiques de lésions épididymaires. Cette notion a été, depuis, améliorée, augmentée de démonstrations plus précises, mais la donnée première est fort ancienne.

M. Terrillon. Je n'ai jamais voulu dire que les idées que j'ai défendues m'appartinssent en propre. Je sais qu'elles sont de vieille date. Elles étaient dans l'air, si je puis ainsi dire, mais non établies sur une base vraiment scientifique. J'ai cherché par mes expériences à fournir ces preuves, à démontrer un fait théoriquement admis depuis longtemps.

Communication.

Tumeur maligne de la région iléo-cæcale de l'intestin. Résection et suture immédiate de l'intestin. Guérison,

Par M. Bouilly.

La malade qui fait le sujet de cette observation est une femme de 44 ans, entrée à la Maternité le 1er décembre 1887, et n'ayant jamais eu d'autre affection que la lésion actuelle qui l'amène à réclamer nos soins. Sa maladie aurait débuté, il y a cinq ans, par des douleurs de ventre et des vomissements alimentaires, se produisant d'abord tous

les mois, puis tous les quinze jours, sous forme de crises durant quelques jours. Peu à peu, les périodes de douleurs et de vomissements se rapprochèrent à tel point que, dans le courant de 1887, pendant plusieurs mois, il n'y eut pas disparition des accidents un seul jour.

Les douleurs, qui persistaient dans l'intervalle des crises, étaient augmentées par la marche, les cahots de voiture; elles siégeaient toujours dans les régions sous-ombilicales. A aucun moment, il n'y a eu de maux d'estomac. Les douleurs survenaient ou s'aggravaient, trois ou quatre heures après les repas, et avaient le caractère de brûlures; à chaque accès de douleurs violentes correspondait un vomissement alimentaire, jamais bilieux, ni aqueux, avec quelques éructations, sans fétidité. Il n'y a jamais eu ni hématémèse, ni melœna.

La malade ne s'est aperçue de la présence d'une tuméfaction dans la fosse iliaque pour la première fois qu'il y a huit mois; depuis longtemps, elle souffrait à ce niveau pendant la marche et y éprouvait une sensation de poids. La tumeur n'avait pas beaucoup grossi depuis son apparition. De temps à autre, les douleurs s'arrêtaient dans la cuisse droite. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Malgré les douleurs et les vomissements, la malade a pu, pendant longtemps, continuer ses occupations; elle n'a a été obligée qu'une fois de garder le lit pendant un mois. Les forces ont diminué peu à peu depuis deux ans; mais c'est surtout depuis huit mois que l'état général s'est altéré; l'amaigrissement est devenu très prononcé, la perte des forces est telle que la malade ne marche plus que pendant quelques minutes et en se traînant. La perte de l'appétit est complète. Il n'y a pas de fièvre le soir.

État actuel (4 octobre 1887). — La malade est très amaigrie et a l'aspect misérable et souffreteux. Les organes thoraciques sont sains.

Le ventre est plat, souple, sonore, dans toute son étendue; il est sensible au niveau d'une tumeur qu'on trouve dans la fosse iliaque droite. Cette tumeur occupe la région du cæcum; elle est grosse environ comme le poing, immobile sur les parties profondes, sans adhérence à la peau, dure, sonore et douloureuse. Elle n'envoie aucun prolongement dans le petit bassin; elle n'adhère ni à l'arcade crurale, ni à la crête iliaque. Son bord supérieur remonte jusqu'à une ligne horizontale passant par l'ombilic.

Le foie paraît normal; l'estomac et l'intestin ne sont pas dilatés.

Le toucher vaginal n'indique rien de particulier.

La malade nous avait consulté, à plusieurs reprises, dans le courant de l'année; après plusieurs examens,après des évacuations intestinales répétées, je pus me convaincre qu'il ne s'agissait pas d'une accumulation fécale et mon diagnostic fut formulé d'une manière ferme: *Tumeur maligne de l'intestin dans la région iléo-cæcale*. L'état général allant toujours en s'aggravant, je proposai à la malade de faire une tentative pour l'ablation de la tumeur (3 octobre 1887). La malade est purgée et, le 4 et le 5, elle ne prend qu'un peu de bouillon et de lait pour accumuler le moins possible de matières dans l'intestin.

Opération (6 décembre 1887). — Anesthésie chloroformique. Incision de la paroi abdominale sur la ligne blanche dans l'étendue de 8 à 10 centimètres. La main introduite dans l'abdomen trouve rapidement la tumeur siégeant à droite; celle-ci est adhérente à la fosse iliaque; mais les adhérences se laissent déchirer ou allonger, la tumeur est assez facilement séparée des tissus de la fosse iliaque et amenée à l'extérieur. On constate alors nettement qu'elle est développée aux dépens de la région iléo-cæcale de l'intestin; elle a le volume du poing. Du côté gauche, on voit venir l'intestin grêle qui se jette perpendiculairement dans la tumeur; celle-ci est verticale; elle se continue en haut avec le gros intestin, en bas, elle se prolonge sous forme de boyau conique, de la grosseur du doigt, qui n'est autre que l'appendice iléo-cæcal déformé. A l'angle des deux intestins se voit la terminaison du mesentère contenant quelques ganglions.

Il est procédé immédiatement à la résection de la portion intestinale dégénérée.

Un gros fil de soie est passé dans le mésentère et étreint modérément l'intestin à 3 centimètres environ de la portion malade sur chaque intestin, de manière à prévenir l'effusion des matières. Une pince à pression est également appliquée sur chaque bout, en dedans du fil, pour prévenir l'évacuation du tronçon dégénéré, après la section. La section portera sur l'intestin entre le fil et la pince. Une forte pince à pression est encore appliquée sur un repli du péritoine qui fait saillie quand on soulève le paquet intestinal, et qui n'est autre chose que le méso-cæcum.

La section est commencée à petits coups de ciseaux du côté de l'intestin grêle; elle ne laisse couler que très peu de sang et il ne s'échappe ni matière fécale ni gaz. Du reste, l'intestin est vide et aplati grâce à la diète à laquelle a été soumise la malade depuis deux jours. Deux ou trois pinces à forcipressure sont placées sur des vaisseaux de l'intestin, la striction par le fil n'étant pas assez forte pour arrêter le cours du sang dans les artères.

On sectionne de même le gros intestin; l'hémostase doit être faite par l'application de quatre à cinq pinces sur des artérioles qui donnent un jet. Il est ainsi enlevé un coin entéro-mésentérique dont nous donnerons plus bas les dimensions.

Quand la section est terminée, on s'aperçoit qu'il reste encore dans le mésentère quelques ganglions suspects et on en enlève quatre, gros comme des haricots. Pas une goutte de sang ne tombe dans la cavité péritonéale protégée par une éponge.

Trois ligatures à la soie moyenne sont posées sur le pédicule représenté par le méso-cæcum; huit ligatures à la soie fine sont faites sur les points qui donnaient du sang; l'hémostase est parfaite.

On procède alors à la suture intestinale. Il n'est pas fait de suture mésentérique; les bords de la section du mésentère sont au contact, quand les bouts intestinaux sont rapprochés. Je crois qu'il est bon de mettre le moins de sutures possible sur le mésentère pour ne pas compromettre la circulation et la vitalité de l'intestin correspondant.

Les sutures de l'intestin sont faites à la soie fine portée sur une aiguille ordinaire fine. Le premier point est fait au bord libre de l'intestin, le deuxième au bord mésentérique, de manière à avoir de suite les parties dans les rapports où elles doivent être fixées.

La suture est faite par le procédé de Lembert-Czerny, suture à deux étages; la 1re suture de Lembert comprend 15 fils ; la suture de Czerny faite au-dessus de la précédente est exécutée avec 12 fils.

L'occlusion est parfaite; le calibre extérieur de l'intestin n'est pas modifié ; je m'assure que la circulation gazeuse se fait facilement d'un bout à l'autre.

Je n'ai eu aucune difficulté à aboucher l'intestin grêle avec le gros intestin ; la différence de calibre était très peu considérable ; les deux intestins étaient vides et aplatis et ne présentaient en rien la différence de calibre si gênante que l'on rencontre dans les cas d'étranglement herniaire et d'obstruction intestinale quelconque.

L'intestin est lavé légèrement avec de la solution phéniquée tiède au 1/20e, puis replacé dans le ventre; au-dessus, on applique le grand épiploon.

Le péritoine est lavé avec un litre d'eau bouillie; le lavage ne ramène que quelques petits caillots.

L'abdomen est refermé comme à l'ordinaire, avec des sutures profondes au fil d'argent et superficielles au crin de Florence, sans drainage.

L'opération a duré une heure et quart. La malade n'est pas shockée.

Dans les jours qui suivirent, elle présenta les phénomènes ordinaires qui suivent toute laparotomie de difficulté moyenne ; un certain abattement, quelques douleurs abdominales et, pendant trois jours, deux à trois vomissements bilieux quotidiens. La température, qui s'était élevée à 38° 6 le soir de l'opération, tomba le lendemain à 37° 2, et, du 6 décembre jusqu'au 11 octobre, oscilla entre 36° 8 et 37° 6 ; le pouls restant entre 84 et 102.

Dans la nuit du 8 au 9, quelques gaz sont rendus par l'anus et à partir de ce moment les vomissements bilieux cessent. La miction devient spontanée et l'amélioration s'accentue.

Le 11, il s'établit une diarrhée abondante, jaune, fétide, qui persiste le 12 et est combattue par des pilules d'extrait thébaïque et un lavement laudanisé.

Le 13, l'état est satisfaisant ; la figure est bonne, la langue humide ; il n'y a plus ni diarrhée, ni coliques. Les points de suture de la paroi sont enlevés ; la réunion est complète, sauf à l'angle inférieur de la plaie ou la pression fait sourdre un peu de pus d'odeur stercorale.

Le 14 décembre, un écoulement de matières fécales liquides s'établit par ce point et persiste les jours suivants, donnant lieu à de la fétidité du pansement et à une élévation de température (39° 5 le 13 au soir, 39° le 14 ; 38° en moyenne jusqu'au 17 décembre ; à partir de ce jour retour à la normale).

A partir du 15 décembre, la malade prend chaque jour 2gr 50 de

naphtaline en cinq paquets et ne reçoit que de la viande crue comme aliment.

La naphtaline est continuée jusqu'au 22.

Le 4 janvier 1888, après quelques alternatives de diminution et d'augmentation, l'écoulement fécal ne se faisait plus par la plaie, et les garde-robes se faisaient par l'anus. La petite plaie est granuleuse et se rétrécit de jour en jour.

Le 21 janvier, la malade s'est levée pour la première fois.

Exeat (9 février 1888). — L'état général s'améliore de jour en jour; la petite fistule stercorale est tarie; il n'existe plus à ce niveau qu'un suintement purulent insignifiant.

Examen de la pièce. — La longueur totale d'intestin réséqué est de 16 centimètres, comprenant 6 centimètres pour l'intestin grêle et 10 centimètres pour le gros intestin. En introduisant le doigt par l'iléon, on constate l'existence d'un rétrécissement canaliculé, irrégulier, dans lequel le petit doigt ne peut pénétrer qu'en forçant et avec difficulté.

L'intestin est ouvert avec les ciseaux le long de son bord mésentérique : le néoplasme siège surtout au niveau de la valvule iléo-cæcale où il a probablement débuté et de ce point il s'étend sur les deux intestins. Les parois intestinales sont épaissies et tout à fait méconnaissables : du côté de la muqueuse, la tumeur présente une foule de prolongements irréguliers, de végétations qui font saillie dans la cavité intestinale. La valvule iléo-cæcale ne peut être que difficilement reconnue ; le calibre intestinal à ce niveau est presque entièrement comblé par l'épaississement des parois.

Le néoplasme a envahi l'appendice qui est gros comme le petit doigt environ et dont la lumière est restée libre. A la coupe des parois épaissies de cet appendice, près du cæcum, on voit une masse bleuâtre, homogène, dans laquelle il y a comme un semis de points jaunâtres.

La section de l'intestin a porté bien au dehors des limites du mal : sur le gros intestin, elle a été faite à 5 centimètres du néoplasme et à 4 centimètres sur l'intestin grêle. En ces points, les parois intestinales ont leur apparence et leur consistance tout à fait normales.

Examen microscopique par M. Pilliet. — A l'œil nu, la surface de la tumeur présente un fond ulcéré, hémorrhagique, sur lequel se détache une foule de saillies, dont quelques-unes ont jusqu'à un centimètre de hauteur, saillies mamelonnées, framboisées, irrégulières, qui paraissent recouvertes d'une muqueuse. A la coupe, on distingue un épaississement très considérable des tuniques muqueuse et musculeuse; l'épaisseur de la paroi dépasse un centimètre et demi après le ratatinement considérable déterminé par l'alcool. Deux à trois ganglions du volume d'une noisette sont accolés à la tumeur et présentent à la coupe une surface blanche, homogène et pulpeuse.

a. Coupe d'un bourgeon faisant saillie à la surface de la tumeur. — Ce bourgeon est constitué par la muqueuse, son chorion et une partie de la couche circulaire des fibres lisses. En examinant successivement ces diverses parties, on constate les particularités suivantes : les

glandes existent sur toute cette surface; elles sont nombreuses, doublées de longueur; leur épithélium a ses caractères normaux. Elles sont englobées par une masse de cellules sphériques tassées, infiltrées dans le chorion, et formant une nappe très épaisse dans laquelle se distinguent un grand nombre de follicules clos. La couche musculaire est très épaissie; les travées conjonctives qui circonscrivent les muscles sont chargées de cellules embryonnaires.

b. Coupe au niveau du cæcum. — Elle comprend toute l'épaisseur de la paroi. Dans la muqueuse, il existe une rangée régulière de glandes en tubes, normales, un peu allongées, noyées dans le même infiltrat de cellules rondes qui sont logées dans les mailles d'un réticulum. Dans cette masse, on reconnaît encore un grand nombre de follicules clos. La couche musculaire est très hypertrophiée; de plus, chaque fibre lisse est elle-même augmentée de volume. L'épaisseur de ce plan musculaire est double de celle qu'on peut constater sur des coupes correspondantes du cæcum d'un supplicié vigoureux. A part cette hypertrophie nette, il existe de plus une infiltration embryonnaire abondante de toutes les travées conjonctives, grêles à l'état normal, qui cloisonnent les faisceaux lisses et portent les vaisseaux.

Entre la couche musculaire et le péritoine, il s'est développé une nouvelle couche celluleuse de l'aspect le plus curieux. Elle est composée d'éléments folliculaires juxtaposés, ayant l'aspect et la disposition des follicules clos ordinaires, avec les cellules plus volumineuses au centre qu'à la périphérie et les vaisseaux perméables, remplis ou vides, très abondants au contact et dans le centre même de ces îlots. Ces follicules se touchent; ils sont donc très abondants et forment une couche sous-péritonéale. Ils sont dans un tissu conjonctif à faisceaux lâches chargés de cellules rondes en traînées. Les vaisseaux sont abondants, flexueux, à parois régulièrement constituées. Dans le sang qui les remplit, on voit un nombre considérable de globules blancs.

c. Coupe au niveau d'un point ulcéré près de la limite du placard néoplasique. — Sur ce point, les glandes n'existent pas; la surface est constituée par un tissu de granulation, très abondant en capillaires dilatés et béants. Au-dessous, on retrouve le tissu lymphoïde. La couche musculaire présente la même altération que ci-dessus. Les îlots embryonnaires qui la parcourent forment çà et là des masses régulières d'éléments tassés.

d. Ganglion lymphatique. — Toute la surface de la coupe est constituée par des follicules lymphatiques contenus dans un stroma beaucoup plus chargé en éléments embryonnaires que normalement; les follicules sont réguliers, petits, fort nombreux et vascularisés.

Il paraît donc que l'on se trouve en présence d'un néoplasme en plaque caractérisé par l'accumulation de cellules sphériques sous deux formes : forme infiltrée, forme en amas ou corpuscules distincts. Cette accumulation se fait en trois points surtout : 1° dans la muqueuse, dont elle englobe les glandes et qu'elle ulcère ; 2° sous le péritoine où

elle forme une seconde nappe ; 3e entre ces deux couches, dans la tunique musculeuse hypertrophiée et infiltrée. La prolifération dans les ganglions a le même caractère que dans la muqueuse.

En présence de ces caractères, on peut conclure à un *lymphadénome* ou plutôt à un *lymphosarcome limité*.

État de l'opérée (juillet 1888). — A la date actuelle, sept mois passés depuis l'opération, le résultat est tout à fait satisfaisant. Cette femme a recouvré ses forces et sa santé depuis sa sortie de l'hôpital ; elle a engraissé de 10 kilos. Les douleurs et les vomissements ont tout à fait disparu ; les garde-robes sont régulières et faciles. Le ventre est indolent; dans la zone opérée, on sent une espèce de gâteau profond, non douloureux.

De temps à autre, l'angle inférieur de la plaie abdominale s'ouvre par un petit pertuis gros comme une tête d'épingle et donne issue pendant un jour ou deux à une gouttelette de pus.

En résumé, je ne puis que me féliciter de cette intervention à laquelle la malade doit une survie réelle et un état qui actuellement est une véritable guérison.

Discussion.

M. Trélat. Je demanderai à M. Bouilly ce qu'il a fait de la portion incisée du mésentère.

M. Bouilly. Je ne l'ai pas suturée, parce que le simple rapprochement m'a paru mettre les deux bords de l'incision du mésentère en contact suffisant. Je me suis contenté de placer quelques ligatures au catgut fin sur les vaisseaux qui saignaient.

C'est de propos délibéré que j'ai agi de la sorte ; je crois, en effet, qu'il faut placer sur le mésentère le moins de sutures possible pour ne pas compromettre la nutrition de l'intestin.

M. Terrillon. De quels fils M. Bouilly s'est-il servi pour la suture de l'intestin?

M. Bouilly. De fils de soie fins.

M. Terrillon. Je me suis aussi servi de fils de soie dans un cas analogue, dont je vous parlerai prochainement. Les fils de catgut se résorbent trop vite.

M. Nicaise. M. Bouilly nous dit qu'il avait maintenu sa malade, pendant les deux jours qui ont précédé l'intervention, à une diète presque complète; aussi était-elle, au moment de l'opération, très affaiblie et vraiment épuisée. Cette pratique pouvait être dangereuse. Nous savons, en effet, que les malades atteints de lésions organiques, auxquels nous faisons soit une gastrostomie, soit un

anus contre nature, meurent parfois le jour même de l'opération ou le lendemain, par suite de l'état de faiblesse extrême où ils sont parvenus ; le défaut de résistance est tel, qu'ils ne peuvent supporter le choc opératoire.

Peut-être aurait-il donc mieux valu que M. Bouilly eût continué à nourrir sa malade, mais avec des aliments, tels que des jaunes d'œufs ou des peptones, qui ne laissent absolument aucun résidu. C'est là un point de détail, mais qui n'est pas sans importance.

M. Pozzi. M. Bouilly s'est-il servi, pour la suture, d'aiguilles plates ou d'aiguilles rondes?

M. Bouilly. D'aiguilles lancéolées plates, j'eusse préféré des aiguilles rondes, mais je n'en avais pas sous la main.

M. Pozzi. On peut prendre des aiguilles ordinaires de couturière. J'ai vu Billroth faire une opération de ce genre. Il s'est servi d'aiguilles rondes. J'ai remarqué en outre qu'il a fait un nombre beaucoup plus considérable de points de suture; j'en ai compté 42. Le rapprochement était absolument parfait. Enfin, il a placé des sutures sur le mésentère, et drainé la plaie par sa partie postérieure.

M. Bouilly. Je ne connais pas la pratique de Billroth et ne veux pas la juger. Pour ce qui est de mon opérée, je puis dire que, chez elle, quinze à dix-huit points de suture profonde, et des sutures superficielles en nombre égal, soit en tout une trentaine, m'ont paru plus que suffisants. Je ne crois pas qu'il faille trop les multiplier. Je suis, en effet, aujourd'hui, absolument sûr que la fistule qui s'est produite chez ma malade a été due à un sphacèle de l'intestin, survenu entre des points de suture trop rapprochés. Je me suis convaincu, par des expériences sur les chiens, que, lorsqu'on étreignait trop l'intestin, on déterminait nécessairement des mortifications partielles.

Quant au drainage, établi par Billroth, je ne le ferai jamais de parti pris. Je ne m'y résignerai que si, au cours de l'opération, j'avais dû faire dans le ventre des dégâts considérables.

M. Le Dentu. M. Bouilly nous a dit qu'il avait eu affaire à un intestin petit, rétracté. Il est probable que, dans le cas de Billroth, l'anse était dilatée, d'où le nombre, excessif en apparence, des points de suture qu'il a cru devoir appliquer.

M. Pozzi. M. Le Dentu a parfaitement raison. Je n'ai pas voulu dire qu'il faille dans tous les cas placer un aussi grand nombre de

points que Billroth l'a fait chez sa malade. Il faut seulement en mettre assez pour que l'affrontement soit très exact.

M. Trélat. J'ai eu plusieurs fois occasion de pratiquer des sutures intestinales; le résultat, sinon comme opération définitive, du moins au point de vue de la solidité de la suture, a toujours été excellent. Je communiquerai plus tard ces cas.

Je profite de l'occasion qui se présente pour ajouter qu'en matière de suture intestinale, il faut faire juste le nécessaire pour obtenir une occlusion parfaite, mais pas un point de plus. Lorsque vous aurez placé : fils profonds sur la muqueuse, fils superficiels, à la façon de Lembert, sur la séreuse, — si la manœuvre a été bien exécutée, — vous aurez une coaptation complète, complète dans le sens de la tension, complète aussi dans celui des mouvements; ne cherchez pas davantage.

Je puis dire, du reste, qu'en thèse générale, j'ai horreur des points de suture ; je me garde d'en mettre trop, et je les enlève le plus tôt possible. Dans les opérations vulgaires, telles que les amputations de membres, par exemple, il m'est souvent arrivé autrefois, alors que je n'en étais pas aux pansements rares, de supprimer les sutures dès le deuxième ou troisième jour. Souvent, en effet, je constatais entre les fils une coloration violette de la peau, indice d'un étranglement qui pouvait aller jusqu'à la mortification.

Présentation de Malades, de Pièces et d'Instruments.

1° *Varices des vaisseaux lymphatiques.*

M. Th. Anger présente un enfant de 13 ans et demi, atteint de varices des réseaux lymphatiques de la jambe gauche.

Né à Paris, de parents français, n'ayant jamais quitté le pays, cet enfant a été soigné à l'hôpital Cochin, il y a trois ans, pour une ostéomyélite du tibia. A cette époque, rien d'anormal ne se voyait sur le membre. C'est peu de temps après sa sortie de l'hôpital qu'on remarqua sur la jambe des taches rougeâtres.

La peau est épaissie, d'un rouge vineux, peu mobile sur les parties profondes, et criblée de petites élevures transparentes du volume d'une tête d'épingle. Chacune de ces petites élevures est un lymphatique dilaté, d'où s'écoule un liquide séreux, légèrement rosé. Ces dilatations forment en se réunissant de grandes plaques chagrinées qui occupent les trois quarts de l'étendue de la jambe.

Sur le pied, la peau est plus épaisse, un peu écailleuse, hyper-

trophiée. Les petites dilatations ampullaires qu'on remarque sur la jambe semblent s'être affaissées sur le pied où la peau s'est épaissie et indurée.

J'ai piqué, avec une aiguille, l'une des petites élevures de la jambe ; il en est sorti un liquide légèrement rosé, qui, porté sous le microscope, laisse voir des globules de lymphe parfaits. Il n'y a donc aucun doute sur la nature de cette affection.

J'ai tenu à vous présenter ce petit malade, parce que l'affection dont il est atteint complète la troisième forme de dilatation du système lymphatique.

Ces varices lymphatiques peuvent donc exister isolément dans les réseaux, dans les vaisseaux et dans les ganglions : les trois malades que je vous ai présentés témoignent que cette division est réelle.

L'un, le plus âgé (46 ans), portait deux adénolymphocèles, placés symétriquement dans les aines, sans dilatation des vaisseaux, ni des réseaux.

Le second, âgé de 14 ans, ne présentait que la dilatation des vaisseaux lymphatiques du scrotum, du périnée, de la cuisse et de la jambe. Chez lui, varices ni des réseaux, ni des ganglions lymphatiques.

Enfin, l'enfant de 13 ans, que je vous présente, est principalement atteint de dilatation des réseaux lymphatiques de la jambe et du pied. Chez lui, on pourrait, à la rigueur, soupçonner un commencement de varices des vaisseaux et d'un lymphatique de l'aine.

2° *Salpingo-ovarites doubles avec kyste para-ovarien à gauche.*

M. Terrillon présente deux salpingites avec ovarites, qui ont été enlevées, le matin même, sur une malade présentant depuis cinq ans les signes et symptômes ordinaires de cette affection.

Depuis quelques mois, aux signes ordinaires s'était joint la présence d'une tumeur arrondie, tendue, mais fluctuante, occupant le côté gauche de l'utérus et facilement sentie par le palper abdominal et par le toucher vaginal.

M. le Dr Hutinel, qui soignait cette malade, se demandait s'il s'agissait là d'un kyste ou d'un abcès volumineux de la trompe.

L'opération montra que c'était un kyste inclus dans le ligament large, qui fut facilement énucléé de sa loge membraneuse, il avait le volume du poing, était mince et contenait un liquide transparent.

Après son ablation on put enlever une trompe de la grosseur du

doigt, longue de 15 centimètres, très hypertrophiée et adhérente, ainsi que l'ovaire.

Une lésion semblable existait du côté opposé, mais la trompe était moins volumineuse.

Il s'agissait d'une salpingite double, avec épaississement considérable des parois musculeuses.

3° *Kysto-sarcome de l'ovaire.*

M. Polaillon. La tumeur que je mets sous vos yeux a été enlevée, le 3 juillet, chez une femme de 44 ans.

Avant l'opération, elle se présentait avec les symptômes d'un kyste de l'ovaire, fluctuant, de forme globuleuse, remontant jusqu'aux fausses côtes. Le ventre mesurait 94 centimètres au niveau de l'ombilic. Malgré la fluctuation très manifeste, deux ponctions faites sur la ligne médiane, entre l'ombilic et le pubis, n'avaient point donné de liquide.

L'opération n'a présenté aucune particularité importante. Après avoir évacué par une ponction le liquide contenu dans la tumeur, celle-ci fut attirée au dehors. Le pédicule mince, lamelliforme, fut lié avec des fils de soie, puis abandonné dans le ventre.

En faisant la toilette du péritoine, j'ai trouvé, en dehors du pédicule, un corps flottant qui n'était autre chose que le pavillon de la trompe et l'ovaire sain. J'ai immédiatement fait une ligature des tissus qui retenaient ces organes dans le bassin, et je les ai enlevés.

On constate sur ces pièces que la grosse tumeur a pris naissance dans le ligament large entre l'utérus et l'ovaire, puisqu'elle a augmenté de volume, en se développant dans le ventre, au-dessus du bassin. Les feuillets du ligament large sont très distincts à la base de la tumeur. On voit les faisceaux musculaires lisses qui doublent ces feuillets et qui sont très hypertrophiés.

La trompe a été allongée, et son pavillon, ainsi que l'ovaire correspondant, ont été refoulés en dehors. La trompe, le pavillon et l'ovaire sont sains. On n'a donc pas affaire à un kyste de l'ovaire, mais à une tumeur du ligament large.

A la coupe, cette tumeur présente, à sa base, une masse solide; à sa partie supérieure, une cavité contenant trois à quatre litres de liquide citrin et des produits myxomateux.

La partie solide, examinée au microscope par mon collègue et ami, le Dr Lancereaux, est formée par du sarcome. Les parties molles, myxomateuses, sont formées par de la matière amorphe, contenant une grande quantité de cellules ovales, qui caractérisent aussi les productions sarcomateuses.

L'opérée est en bonne voie de guérison.

4° *Salpingite double et ovarite suppurée à droite.*

M. Polaillon. J'ai opéré, ce matin, une jeune femme, qui, depuis dix ans, souffrait dans la région ovarienne des deux côtés. J'avais diagnostiqué une ovaro-salpingite double.

L'ablation des ovaires et des trompes a, en effet, justifié ce diagnostic.

L'ovaire droit est transformé en une poche, grande comme une noix verte, et contenant du pus jaune et épais. La trompe correspondante est adhérente à l'ovaire. Elle est très hypertrophiée, et son pavillon est remplacé par une extrémité renflée, dont les franges ont disparu.

L'ovaire gauche semble à peu près sain à l'œil nu. Mais la trompe de ce côté a subi les mêmes altérations qu'à droite. Elle forme un cordon, gros comme le petit doigt, dont le volume est dû tout entier à l'épaississement de ses parois. Le pavillon a presque complètement disparu.

L'ablation de ces ovaires et de ces trompes a été assez laborieuse, parce que ces organes adhéraient aux parties voisines, et parce qu'il m'a fallu les détacher peu à peu avec l'extrémité de l'index. Il en est résulté un écoulement de sang assez abondant, qui a nécessité un lavage et une toilette minutieuse du bassin.

Tout me fait espérer que la malade se rétablira de cette opération.

5° *Speculum court. Longueur à donner au speculum et aux valves ou écarteurs.*

M. Nicaise. Si l'on étudie l'histoire du *speculum vagini*, on constate que, depuis le moment où Récamier en a généralisé l'emploi, sa longueur a toujours été en diminuant.

Les speculums cylindriques ont toujours été les plus longs, parce qu'ils ne permettent de tendre le vagin qu'en le refoulant en longueur; au contraire, les speculums à valves, refoulant le vagin latéralement, peuvent être plus courts; aussi l'instrument de Ricord était-il moins long que ceux de Récamier et de Dupuytren. Le speculum de Cusco, si simple et si heureusement inventé, est encore plus court, il a 11 centimètres environ, et son usage s'est vite répandu.

Depuis dix ans, je me sers d'un speculum plus court encore, il a de 8 à 9 centimètres de long, sur une largeur de 30 à 40 millimètres. C'est un speculum Cusco raccourci; je l'ai fait construire par M. Collin.

Lorsqu'on pratique le toucher vaginal, on trouve facilement le col utérin, à part quelques cas; l'utérus n'est donc pas loin de la

vulve, et lorsqu'il s'agit de l'examiner, il n'est pas nécessaire de le refouler dans la profondeur; mieux vaut le laisser en place et *écarter* les parois du vagin. C'est ce que j'obtiens avec mon speculum court; l'écartement des valves antérieure et postérieure, en refoulant les parois du vagin, redresse l'utérus et le col vient se placer entre les valves, où il est souvent facile de le toucher avec le doigt, le speculum étant en place.

En outre, ce speculum étant plus court et ses valves ayant 4 centimètres de large, il écarte davantage le vagin et il tient mieux en place seul, quand l'écartement des valves a été fixé par la vis.

Sans doute, un seul speculum ne peut pas servir dans tous les cas, il en faut de différentes longueurs; mais ce speculum court m'a suffi dans la grande majorité des cas depuis dix ans, et c'est aussi celui dont je me sers à l'hôpital.

Ce que je viens de dire sur la longueur du speculum s'applique aussi aux *valves* ou *écarteurs*, qui servent, soit pour l'examen de l'utérus, soit pour les opérations que l'on pratique sur cet organe; ils sont aussi trop longs en général, et trop concaves, et gênent l'abaissement de l'utérus dans les opérations.

J'ai fait faire par M. Collin, il y a quatre ans, des valves qui ont de 6 à 7 centimètres de long, 4 de large, et sont peu concaves. Il vient d'en faire, dans ces derniers temps, de plus pratiques encore, que je vous présente aujourd'hui; elles sont courtes, très légèrement concaves et en acier trempé, ce qui fait qu'elles ne se déforment nullement par l'usage.

Élection d'un membre titulaire.

Liste présentée par la commission.

En première ligne : M. Routier.
En deuxième ligne : MM. Delorme, Jalaguier.
En troisième ligne : MM. Brun, G. Marchant, Picqué.

Résultat du vote.

Nombre de votants : 26. — Majorité : 14.

MM. Routier........................ 20 voix.
Jalaguier...................... 6 —

M. Routier est élu.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,
Ch. Monod.

Séance du 18 juillet 1888.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° M. Horteloup, retenu par un service à l'Administration des Hôpitaux, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° M. Routier remercie la Société de l'avoir nommé membre titulaire.

M. le Dr Vast (de Vitry-le-François), membre correspondant, assiste à la séance.

Rapport.

Sur deux observations d'orteils en marteau traités par résection articulaire, par MM. Brun et Charles.

Rapport par M. Terrier.

Messieurs, j'ai été chargé de vous faire un rapport sur deux observations d'orteils en marteau, traités par le procédé que j'ai préconisé et que je vous ai communiqué l'année dernière [1]. Ces deux observations sont dues : l'une à mon ami et collègue des hôpitaux, M. le Dr Brun ; l'autre, à M. le Dr Charles, ancien interne des hôpitaux de Paris.

1° *Observation du Dr Brun.* — Il s'agissait, dans ce cas, d'une malformation du deuxième orteil du pied droit, chez un sujet de 26 ans ; cette malformation datait de deux ans et était attribuée à l'usage de chaussures mal faites. Augmentant peu à peu, la déviation de l'orteil rendit la marche très pénible et même parfois impossible.

[1] *Bull. et mém. de la Société de chirurgie*, 1887, t. XIII, p. 210 et 328.

« La première phalange est étendue à angle droit sur le métatarsien, la deuxième phalange est très fortement fléchie sur la première ; quant à la troisième phalange, augmentée de volume, aplatie en massue, elle a conservé par rapport à la deuxième, sa situation normale, c'est sur son extrémité antérieure que marche le malade. » Une bourse séreuse existe sur l'articulation phalango-phalanginienne ; en outre, à ce niveau, on voit des traces d'excoriations cutanées.

L'opération est faite le 18 octobre 1887. Le durillon est circonscrit par deux incisions courbes, on enlève le lambeau cutané, puis on ouvre l'article. Résection de la tête de la première phalange et abrasion de la cavité glénoïde de la phalangine, avec la pince coupante. Quatre sutures au crin de Florence, pas de drainage. Pansement à la gaze iodoformée. L'orteil est maintenu droit à l'aide d'une petite attelle en bois entourée de gaze iodoformée. Grand pansement de Lister entourant le pied.

Pas de réaction, et le 25 octobre, c'est-à-dire le septième jour, le pansement enlevé montre une réunion parfaite. Le malade marche un peu, avec un nouveau pansement de précaution, qui est enlevé cinq jours après. L'articulation réséquée jouissait d'un peu de mobilité, qui disparut ultérieurement.

Actuellement le malade marche parfaitement et sans gêne aucune.

2° *Observation du Dr Charles.* — Mme A..., 30 ans, présente, au deuxième orteil du pied droit, tous les caractères de l'orteil en marteau : extension de la première phalange sur le métatarsien, flexion de la deuxième phalange sur la première, et marche sur l'ongle de la troisième phalange qui repose sur le sol. L'articulation phalango-phalanginienne est ou paraît ankylosée. Dès l'enfance, on avait essayé de redresser l'orteil avec une attelle plantaire, mais sans y parvenir ; depuis, la marche est très douloureuse, ne pouvant se faire qu'avec des chaussures trouées au niveau de la saillie de l'orteil dévié.

L'opération fut faite le 3 février 1888. Incision elliptique circonscrivant le durillon dorsal, ouverture de l'article après section de l'extenseur, résection des deux extrémités phalangienne et phalanginienne avec la pince coupante. Suture avec 5 crins de Florence, pas de drain, attelle plantaire. Pansement iodoformé.

La réunion par première intention est constatée au cinquième jour et on enlève les sutures ; le dixième jour la malade se lève. Bien que le redressement de l'orteil n'ait pas été obtenu entièrement, la malade peut marcher et faire de grandes courses à pied sans souffrir.

A ces deux observations, j'en ajouterai une récente qui m'est personnelle et absolument analogue aux précédentes :

3° *Observation personnelle.* — Mlle T..., 27 ans, offre, sur le deuxième orteil du pied droit, la déformation caractéristique, dite orteil en marteau ; cette déformation, qui date de l'enfance, aurait été aggravée par le fait de chaussures étroites, qui firent naître un cor, et

la bourse séreuse ne tarda pas à s'enflammer, d'où impossibilité de la marche sans ressentir de vives souffrances.

Le 16 mars 1888, j'opérai Mlle T..., avec l'aide du Dr Paul Magnin. Deux incisions transversales se réunissant sur les parties latérales de l'articulation, de façon à passer l'une au-dessus de l'autre, au-dessous du cor et à l'enlever totalement; ouverture de l'articulation par résection avec la pince coupante des deux extrémités osseuses après les avoir un peu disséquées et séparées des parties molles.

Le redressement de l'orteil obtenu, suture des téguments avec trois fils de crin de Florence; un petit drain est placé dans la plaie. Pansement avec l'ouate iodoformée.

La jeune fille, très nerveuse, souffre un peu le premier jour; dès le troisième, on constate la réunion par première intention, et le drain est ôté. Les sutures sont enlevées le huitième jour. On fait un troisième pansement de précaution, et Mlle T... se lève le dixième jour.

Depuis, après avoir ressenti un peu de sensibilité à la pression, au niveau des parties réséquées et un peu gonflées, Mlle T... marche fort bien et sans fatigue.

Dans ces trois observations, on a suivi le *modus faciendi*, que j'avais indiqué lors de ma première communication à la Société; toutefois, MM. Brun et Charles ont supprimé le drain, ce qui me paraît parfaitement acceptable. Quant à moi, j'ai supprimé l'attelle plantaire, les sutures au crin de Florence et les pansements avec l'ouate ou la gaze iodoformée maintenant suffisamment les extrémités osseuses réséquées. En fait, l'opération tend à se simplifier comme *modus faciendi* et comme pansement, ce qui est toujours une très bonne chose en chirurgie.

Aux deux observations que je vous ai communiquées jadis, je puis ajouter celle de M. G. Richelot, publiée dans la thèse du Dr Cohen, mon élève [1]; deux autres de M. Schwartz [2], dont une est encore inédite [3]; enfin les trois précédentes, soit en tout, huit faits, dont huit succès.

Dans le cas qu'il a publié, mon ami, M. le docteur Schwartz, n'a pas suivi absolument le manuel opératoire que j'avais indiqué, en ce sens qu'au lieu d'une incision transversale il fit, comme les chirurgiens anglais, une incision longitudinale. Je crois, pour mon compte, l'incision transversale nécessaire dans les cas où l'angle formé par l'articulation phalango-phalanginienne est le siège d'un cor ou d'une bourse séreuse, enflammés souvent les deux à la fois.

[1] COHEN, Orteil en marteau, nouveau traitement par ostéotomie cunéiforme (*Thèse de Paris*, 1887).

[2] SCHWARTZ, *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 22, 14 juillet 1887, p. 321.

[3] SCHWARTZ, Communication orale.

Du reste, l'idée que j'ai mise à exécution et qui a bien réussi jusqu'ici, avait été formulée par M. Barette, dans son article sur *la Chirurgie orthopédique* [1] ; il propose, en effet, la résection des extrémités osseuses formant l'articulation déformée, en s'aidant de la division des tendons de l'extenseur ou du fléchisseur. Cette dernière indication est inutile, d'abord parce qu'il faut toujours couper le tendon extenseur, et, en second lieu, parce que la résection osseuse suffit amplement pour redresser l'orteil, d'où l'inutilité de la section des fléchisseurs.

Cette résection des surfaces articulaires a été aussi préconisée par Anderson et W. Adams [2] ; toutefois, avant d'en arriver là, ce dernier chirurgien propose la ténotomie des ligaments latéraux. De plus, les chirurgiens précédents conseillent non pas l'excision en coin des deux surfaces articulaires, mais seulement la résection de l'extrémité de la première phalange en utilisant une incision longitudinale.

Il me paraît préférable d'employer la section transversale double qui permet d'enlever les téguments altérés ou hypertrophiés (cor) et la bourse séreuse sous-jacente ; je l'ai déjà dit, quant à la résection d'une seule surface articulaire, c'est-à-dire de la petite trochlée de la première phalange, elle me semble insuffisante, et en tous cas, elle met en contact une très petite surface osseuse et une large surface cartilagineuse, ce qui doit faciliter le développement d'une pseudarthrose. Est-ce absolument utile ? J'avoue n'être pas fixé à cet égard, et d'ailleurs la réunion des deux surfaces réséquées est restée mobile, pendant un certain temps au moins chez mes opérés.

L'ostéotomie cunéiforme m'a encore rendu grand service dans le fait suivant, pour une déformation symétrique des deux derniers orteils; c'est, je crois, la première fois qu'on l'utilise pour ces orteils. En outre, comme il s'agit d'un de nos confrères, ancien interne des hôpitaux de Paris, vous me permettrez de vous lire l'observation qu'il a rédigée lui-même.

Le nommé B..., âgé de 34 ans, docteur en médecine, est atteint congénitalement d'un vice de conformation des orteils.

Dès ses premières années, on a constaté chez lui, aux deux pieds, une tendance générale au martellement des quatre derniers orteils, mais surtout des cinquièmes qu'il a toujours connus en crochet. Il est résulté de la disposition anormale de ces derniers la formation très

[1] Barette, *Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. VI, p. 720.

[2] *Société de médecine de Londres*, 19 mars 1888, et *Semaine médicale*, nº 12, p. 115; 21 mars 1888.

précoce (vers l'âge de 5 à 6 ans), d'un durillon au niveau de la saillie de l'articulation phalanginienne de chaque petit orteil.

On ne saurait attribuer ici l'origine de la déformation à des chaussures trop courtes ou trop étroites, car l'attention de ses parents ayant été de très bonne heure attirée sur la conformation vicieuse de ses pieds, ils se sont attachés à ce que ceux-ci ne soient comprimés dans aucun sens.

L'hérédité semble plutôt jouer dans ce cas le rôle important : son grand-père paternel avait, paraît-il, des nodosités goutteuses des orteils, avec incurvation de ceux-ci, surtout des derniers; son père, non arthritique, a tous les orteils un peu recourbés et présente un petit orteil légèrement disposé en crochet, bien que cela ne l'ait jamais incommodé et que sa marche n'en ait jamais souffert; enfin, son frère est porteur d'un cinquième orteil, manifestement en marteau, qui lui occasionne une certaine gêne pour marcher.

Dans son enfance, jusqu'à l'âge de 10 à 12 ans, B... n'a éprouvé que peu d'inconvénients de sa clinodactylie; les cors, qui s'étaient développés vers la cinquième année sur les saillies des petits orteils, nécessitaient des extirpations fréquentes, mais n'étaient pas douloureux et ne gênaient pas la marche. Cependant, peu à peu, avec le développement du squelette du pied, la déformation s'accentuait; à 16 ans, époque à laquelle se fait la soudure des épiphyses phalangiennes, elle était plus accusée et commençait à s'accompagner de troubles fonctionnels ; en effet, les durillons s'étaient parallèlement accrus, ils s'accompagnaient de douleurs quelquefois assez vives et apportaient de temps en temps des entraves à la marche. En outre, l'ankylose des articulations déformées s'accusait ; la flexion de la phalangine, que précédemment on pouvait faire momentanément disparaître, devenait irréductible, surtout au pied gauche, où cette flexion était le plus marquée.

Les troubles fonctionnels allèrent alors toujours en augmentant; B... fit pourtant une année de service militaire, mais fut contraint de porter des chaussures plus souples que celles réglementaires et encore a-t-il souvent beaucoup souffert.

Depuis, la situation s'est toujours empirée et elle était devenue dans les derniers temps tout à fait intolérable. Les cors avaient acquis une épaisseur et une dureté considérables, ils étaient le siège de douleurs extrêmement vives, parfois atroces; il y avait une subinflammation du derme se traduisant en une rougeur persistante à la périphérie des cors. Ces parties étaient parfois le siège de battements douloureux, analogues à ceux d'un phlegmon, même au repos, par la seule chaleur du lit. Dans ces conditions, c'était pour B... un véritable supplice de se chausser et de marcher, surtout le matin, à cause du léger gonflement des pieds; la moindre pression était atroce sur ces points, surtout à gauche.

Pour éviter autant que possible la pression du soulier sur le bord externe du pied, B... avait contracté l'habitude de marcher sur le bord interne de la voûte plantaire, ce qui avait amené, au-dessous des ar-

ticulations métatarso-phalangiennes des gros orteils, la formation de volumineux durillons qui apportaient à la marche une nouvelle entrave.

Aussi, dans cet état de cruelles et continuelles souffrances, véritable obstacle à l'exercice de sa profession, ne cessant d'enlever les durillons à mesure qu'ils se formaient, usant de tous les expédients pour pouvoir se chausser, marchant, le plus souvent, même dans l'humidité avec des chaussures usées, parfois ruisselant de sueur à la moindre marche, B... n'hésita pas, dès qu'il eût connaissance du traitement que M. Terrier avait appliqué à des cas analogues, à aller le trouver pour le supplier de le débarrasser de son infirmité.

Aspect des pieds avant l'opération. — Voici ce que l'examen permet de constater :

Tous les orteils, à l'exception des deux gros, présentent la disposition en marteau, c'est-à-dire que les premières phalanges sont en extension sur les métatarsiens et que les secondes sont fléchies sur les premières. Aux trois orteils moyens, la phalangette est également en flexion sur la phalangine, d'où il résulte que les ongles reposent sur le sol par leur bord libre.

On voit, en outre, les tendons extenseurs, surtout ceux des deuxièmes et troisièmes orteils, faire une saillie notable à la partie antérieure de

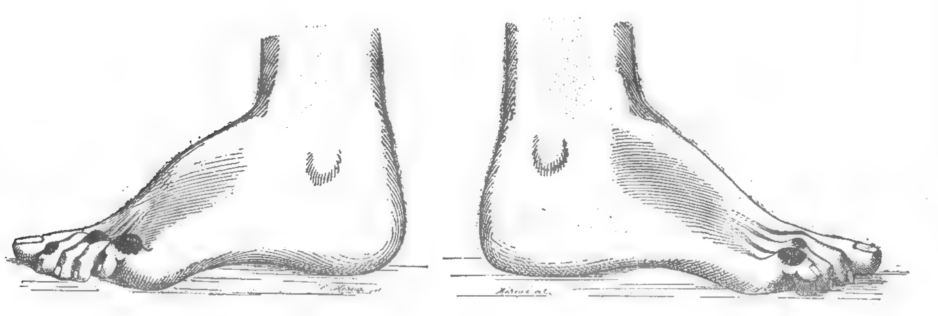


Fig. 1. — Pied gauche. Fig. 2. — Pied droit.

la face dorsale du tarse, au niveau des articulations métatarso-phalangiennes. Il y a, en effet, une certaine rétraction de ces tendons, appréciable lorsqu'on essaye d'abaisser la pointe du pied.

La clinodactylie, étant légère aux trois orteils moyens, n'a donné lieu qu'à peu de durillons au niveau des articulations : les ongles, appuyant sur leur bord libre sont un peu déformés ; cependant il n'existe pas d'inflammation périunguéale.

Ce qui frappe surtout, c'est la déformation considérable dont sont atteints les cinquièmes orteils, surtout le gauche. De ce côté (*fig.* 1), la phalange est en hyperextension sur le métatarsien correspondant, formant avec lui un angle presque droit, tandis que la phalangine est très fortement fléchie sur la phalange ; il en résulte un crochet très fermé, redressé en l'air et ne touchant pas le sol par son extrémité.

La phalangine paraît subluxée sous la tête articulaire de la phalange qui a pris un volume exagéré à sa partie antérieure, et il y a une ankylose à peu près complète de la jointure dans cette position anormale, car il est impossible non seulement de redresser la seconde phalange, mais même de lui imprimer des mouvements. Sur le point culminant de ce crochet existe un durillon très épais, très douloureux à la moindre pression, entouré d'une rougeur vive qui s'étend à toute la partie antérieure de l'orteil; celui-ci, d'ailleurs, est dans son ensemble très volumineux, comparativement aux autres orteils.

A droite (*fig.* 2), on retrouve les mêmes particularités avec cette différence que l'extension de la phalange sur le métatarsien est un peu moins accentuée, de même que la flexion de la phalangine sur la phalange, et qu'il reste plus de mobilité à l'articulation de ces deux dernières.

En raison de la localisation tout à fait nouvelle de la déformation dont aucun exemple n'a encore été signalé au cinquième orteil, M. Terrier se demande si l'opération, par lui déjà pratiquée sur les orteils moyens, est applicable à ce cas; on a, en effet, affaire ici à un doigt chef de file, la tige osseuse fracturée ne trouvera donc plus, de chaque côté, le soutien habituel; de plus, la cicatrice sera plus exposée aux chocs et aux frottements. Pourtant l'ostéotomie a déjà été pratiquée au gros orteil, qui se trouve dans les mêmes conditions, et ne trouvant pas en somme de contre-indication sérieuse à cette opération, M. Terrier se décide à intervenir.

Opération (27 juillet 1887). — Les pieds ayant été minutieusement lavés avec une solution boriquée et les orteils enfermés depuis la veille dans un pansement de même composition, B... est anesthésié à l'aide du chloroforme.

Assisté des Drs Quenu et L. Robin, ainsi que de son interne, M. Péraire, M. le Dr Terrier fait, sur la saillie de l'articulation phalango-phalanginienne du cinquième orteil droit, deux incisions semi-elliptiques, se regardant par leur concavité et se rejoignant à leurs extrémités; ces incisions, commençant sur le milieu de la face externe de l'orteil pour aboutir à la partie moyenne de sa face interne, circonscrivent un lambeau cutané, renflé en son milieu et terminé en pointe de chaque côté, comprenant la plus grande partie du gros durillon supéro-externe et aussi le durillon interne; ce lambeau est excisé.

L'articulation est ensuite ouverte par un coup de bistouri transversal qui sectionne le tendon extenseur entouré de sa gaine, ainsi que les ligaments latéraux. La tête de la phalange vient alors faire saillie; on dégage cette tête, les tissus fibreux qui l'entourent sont détachés; puis, avec une pince coupante, on résèque l'extrémité articulaire de la phalange, en ayant soin d'entamer davantage le côté dorsal que le côté plantaire.

On débarrasse également de ses attaches fibreuses la cavité glénoïde de la phalangine avec la pointe du bistouri; puis, on termine par une résection très minime du plateau articulaire, en faisant avec la lame de l'instrument une sorte d'abrasion du cartilage diarthrodial.

La plaie est lavée avec une solution phéniquée au 1/25; un petit drain en catgut est placé entre les surfaces osseuses réséquées, puis quatre points de suture au crin de Florence, passés à travers la peau seulement, suffisent à maintenir l'orteil rectiligne. Celui-ci, non maintenu par des attelles, est enveloppé de gaze iodoformée et le pied enfermé en entier dans un pansement de Lister.

La même opération est, de suite, identiquement répétée au pied gauche.

Les suites ont été assez simples, sauf une petite fusée purulente sur le dos du pied gauche, en arrière et en dedans de la racine du petit orteil, laquelle nécessita une incision et fut pansée à l'iodoforme. Mais, au bout de huit jours, les deux petites plaies opératoires étaient réunies par première intention et les petits drains en partie résorbés.

Le quinzième jour, les sutures étaient enlevées et le pansement continué avec une solution d'acide borique au 1/50.

21 *août* 1887. Au bout de trois semaines, l'opéré se levait et commençait à faire quelques pas dans sa chambre; enfin, le 21 août (25 jours après l'opération), il pouvait sortir et marcher avec des pantoufles. Seulement, dans les premiers temps, la marche était suivie d'un œdème assez notable des deux orteils, s'étendant sur la face dorsale des pieds, gagnant même parfois le cou-de-pied.

Septembre 1887. Cet inconvénient alla peu à peu en diminuant; dès le commencement de septembre, il put remettre des chaussures en cuir; mais, jusqu'au mois d'octobre, il ne pouvait les garder longtemps à cause du gonflement qui en résultait; les orteils étaient toujours le soir très tuméfiés.

Octobre 1887. Dans le courant d'octobre, ce phénomène disparut et B... put faire, sans en être gêné, des marches fort longues. Cependant les extrémités osseuses sectionnées étaient le siège d'un épaississement très grand, comme cela a lieu pour la formation du cal, bien que la mobilité des deux phalanges l'une sur l'autre persistât complètement, surtout dans le sens de l'extension et de la flexion; cette tuméfaction osseuse continua même d'augmenter pendant plusieurs mois et n'a diminué que fort lentement par la suite.

Quoiqu'il en soit, les troubles fonctionnels qui étaient si pénibles avant l'opération, ont complètement disparu; B... ne souffre plus, il peut se chausser facilement et marcher sans la moindre gêne.

Vers la fin d'octobre, on peut constater que le bord externe des pieds présente maintenant une disposition normale. Les petits orteils, raccourcis d'un centimètre environ, sont presque rectilignes; la cicatrice linéaire, siégeant transversalement en leur milieu, est à peine visible; de plus, il reste une mobilité assez grande de la phalangine, mais presque exclusivement dans le sens de la flexion et de l'extension, comme si la capsule fibreuse de nouvelle formation s'était développée davantage sur les parties latérales plus immobilisées et non sujettes à des tiraillements continuels par la marche comme les parties supérieure et inférieure de cette capsule.

Janvier 1888. A partir du mois de janvier 1888, le volume du cal

cesse d'augmenter, mais ce n'est que vers le mois de mars qu'on peut constater une tendance à sa diminution.

Cette longue observation n'a pas besoin de commentaires.

En terminant, Messieurs, vous me permettrez de protester contre l'opinion des chirurgiens qui, sans raison, préfèrent l'amputation à la résection « qu'on a récemment préconisée [1] »; et si, comme le dit M. le professeur S. Duplay [2], « les cas où la résection a été pratiquée ne sont pas encore assez nombreux pour qu'il soit permis de se prononcer sur sa valeur », espérons que les résultats obtenus par mes confrères et par moi suffiront, dès maintenant, aux cliniciens pour les engager à substituer la résection à l'amputation. Je puis leur assurer en tout cas que leur détermination sera plus facilement acceptée des malades. Amputer un membre ou un segment de membre, alors qu'on peut pratiquer une résection, n'est pas faire de bonne chirurgie.

Discussion.

M. Terrillon. J'ai eu cinq fois occasion de pratiquer l'opération préconisée par M. Terrier et toujours avec un plein succès. Une fois, en particulier, sur la même malade, j'opérai dans la même séance deux orteils, un à chaque pied; le résultat, chez elle comme chez les trois autres, a été bon; tous mes opérés marchent très bien. Comme M. Terrier, donc, je considère l'opération comme excellente, facile à exécuter et de tous points recommandable.

M. Després. Je partage au sujet du traitement de l'orteil en marteau, l'opinion de M. Blum qui a été combattue par M. Terrier.

Pour moi, toutes les fois que l'orteil en marteau ne s'accompagne pas d'ulcérations au niveau de l'angle saillant, j'estime qu'on doit laisser les malades tranquilles; ils marchent sans grand'peine, à condition de ne pas porter de trop gros souliers. Quand il y a ulcération, au contraire, il faut opérer; mais alors je préfère à la résection articulaire l'amputation de l'orteil dans la continuité de la première phalange. Les malades ont un petit moignon d'orteil qui satisfait au désir qu'ils ont de conserver, en partie du moins, l'intégrité du membre. Le résultat est excellent, surtout si l'on a eu soin de garder un grand lambeau.

L'objection que je fais à l'opération de M. Terrier est la suivante : assurément le résultat immédiat est satisfaisant; mais en sera-t-il

[1] Blum, *Chirurgie du pied*, p. 109. Paris, in-8°, 1888.

[2] Duplay (S.), *Traité élémentaire de pathologie externe*, Paris, 1888, t. VIII, p. 1025.

toujours ainsi? J'ai eu occasion de revoir un de ces malades opérés par résection; une ulcération rebelle s'était produite, qui nécessita ultérieurement l'amputation de l'orteil. Mieux vaut évidemment l'amputation d'emblée.

Encore une remarque sur un autre point. J'ai été surpris, en écoutant M. Terrier, d'entendre que, chez un de ses malades, il n'y avait pas un seul, mais bien trois orteils déformés. Je crois qu'en pareil cas, il s'agissait de la lésion bien décrite par Duchenne (de Boulogne) sous le nom de *pied creux des interosseux*. Il existait des ulcérations, M. Terrier a donc bien fait d'opérer. Mais peut-être que, si ce malade eût été vu plus tôt, on eût pu obtenir le redressement par une compression bien faite, avec un appareil en caoutchouc ou tout autre moyen analogue. Je crois, d'une façon générale, que, si la lésion était traitée de très bonne heure, on éviterait les opérations qui deviennent ultérieurement nécessaires.

M. Trélat. Je partage absolument, à certains égards, l'opinion de M. Terrier. Je crois, avec lui, que, dans certaines circonstances, l'opération qu'il préconise contre l'orteil en marteau est excellente; elle est régulière, bien conçue, parfaitement légitime. Lorsque la difformité est observée chez des sujets âgés de 20 ans et au delà, il n'y a pas autre chose à faire.

Mais c'est précisément pour cela que je tiens à insister sur une autre période du mal, celle dont vient de nous parler M. Després, période de début, pendant laquelle d'autres moyens peuvent être mis en œuvre. J'ai eu six fois occasion d'observer cette déformation de l'orteil chez des petites filles et des petits garçons; le pied n'est pas creux, comme on l'a dit, mais parfaitement plat; un ou plusieurs orteils relevés. Cette attitude aboutit nécessairement chez l'adulte à l'orteil en marteau confirmé, avec toutes ses conséquences. Or, je prétends que, dans l'enfance, jusque vers l'âge de 10 ans, la lésion est justiciable des moyens de douceur; par les massages, l'électricité, et surtout grâce au port régulier de la semelle spéciale construite à cet effet par M. Collin, on arrive au bout de cinq à six mois de traitement assidu à guérir ces petits malades. J'ai le souvenir de deux d'entre eux que j'ai pu suivre, chez lesquels le bon résultat s'est maintenu.

Un dernier mot sur un point de détail. Je ne sais si M. Terrier fait bien, dans son opération, de renoncer à l'attelle qu'il employait tout d'abord. Je crois qu'il y a grand avantage à obtenir une rectitude parfaite de l'orteil opéré; on ne doit permettre la marche au malade que lorsqu'elle est absolument obtenue.

M. Schwartz. Les remarques de M. Trélat et les conclusions de

M. Terrier sont absolument d'accord avec ce que j'ai observé moi-même.

Chez un enfant de 5 ans, j'ai obtenu la guérison d'un orteil en marteau, à l'aide de l'appareil en fourreau de M. Collin, et de l'électricité.

Chez deux autres malades, qui étaient des adolescents de 18 à 20 ans, je jugeai que le redressement n'était pas possible, que l'amputation était trop radicale, et me décidai pour la résection articulaire, qui m'a donné un excellent résultat. La première de ces observations a déjà été publiée [1]. Voici la seconde :

Orteils en marteau avec durillons et bourses séreuses sous-jacentes enflammées. Résection des deux côtés, et dans la même séance, de l'articulation phalango-phalanginienne.

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, Mlle A..., qui entra à l'hôpital Beaujon le 7 mai 1888, pour se faire soigner pour des déviations des deuxièmes orteils des deux pieds qui la font horriblement souffrir et l'empêchent de marcher. Le début de l'affection remonte, dit-elle, à l'âge de 9 ans. A cette époque, elle s'aperçut que le second orteil du pied gauche se recourbait en formant un axe à convexité supérieure ; mais elle n'éprouvait encore ni gêne ni douleur. Au bout d'une année, l'orteil correspondant du pied droit fut pris à son tour de la même façon. Il y a trois ans, la difformité s'était beaucoup accentuée ; elle commença à souffrir en marchant et dut faire élargir ses chaussures. Malgré tout, il se forma, au niveau de l'angle saillant, un durillon qui devint très douloureux et empêcha tout exercice suivi.

A son entrée à l'hôpital, on constate, sur les deux pieds, la même déviation des orteils : extension des premières phalanges sur les métatarsiens, flexion à angle droit des secondes sur les premières, extension des troisièmes sur les secondes ; c'est la déviation dénommée cliniquement : martellement des orteils. Au niveau de chacun des angles saillants, en haut, sur l'articulation phalango-phalanginienne sont deux énormes durillons non ulcérés, excessivement douloureux, mobiles sur les parties sous-jacentes dont ils sont manifestement séparés par de petites bourses séreuses. Toute tentative de redressement manuel montre une rigidité complète des deux orteils ; l'on voit que ce ne sont pas les parties molles de la plante qui résistent, mais bien le squelette lui-même, par suite du déplacement devenu persistant des surfaces articulaires.

La résection de l'articulation phalango-phalanginienne est proposée et acceptée aussitôt.

La double opération est pratiquée le 9 mai. Ablation, en découvrant la face supérieure de l'article, du durillon et de la bourse séreuse sous-jacente, par une incision elliptique à grand axe longitudinal. Incision

[1] SCHWARTZ, *Loc. cit.*

Paris. — Société d'imp. PAUL DUPONT (Cl.) 44.9.88. *Le Gérant :* G. MASSON.

de la capsule articulaire après section des tendons extenseurs. On constate nettement que la seconde phalange, à angle droit sur la première, a complètement quitté la surface articulaire et est luxée, en totalité, sur la face plantaire de cette dernière; elle est fixée de telle sorte qu'il faut couper la capsule dorsale et les ligaments latéraux pour arriver à dégager les deux extrémités osseuses qu'on résèque ensuite avec une pince coupante.

Drainage avec du crin de Florence. Suture de la peau, pansement iodoformé. Orteils fixés sur de petites attelles plantaires, puis immobilisés dans un pansement ouaté qui comprend tout le pied.

Le 12 mai, premier pansement. Ablation des petits drains. Pas de suppuration. Guérison complète le 19 mai. La malade se lève le 31, soit vingt-deux jours après l'opération, et marche facilement. Elle a été présentée le 27 juin à la Société de chirurgie absolument guérie et marchant sans difficulté sur les orteils tout à fait redressés.

M. Terrier. Si je réunis aux observations que j'ai rapportées celles dont il a été question dans cette discussion, j'arrive à un total de 13 cas d'orteils en marteau traités avec succès, sans aucun inconvénient, par la résection.

J'accepte du reste volontiers la manière de voir de MM. Trélat et Schwartz ; avec eux, je crois le redressement possible dans le jeune âge, bien que l'on n'y réussisse pas toujours.

Mais il faut bien savoir, d'autre part, qu'il est des cas où la difformité ne s'accentue qu'à l'âge adulte; l'intervention opératoire est alors seule possible.

M. Desprès nous objecte que l'opération que nous préconisons, en pareil cas, est insuffisante, que la difformité se reproduit, qu'il a connaissance d'un fait de ce genre. Je ne mets pas en doute son affirmation. Mais, vraiment, je voudrais davantage : l'histoire du malade, la date de son opération, celle de la récidive, le nom du chirurgien qui a opéré; détails nécessaires pour donner à son objection une réelle valeur.

M. Desprès nous demande encore pourquoi nous préférons la résection à l'amputation? Mais pour cette raison bien simple que nos malades n'auraient pas accepté l'amputation.

M. Desprès. Les faits d'orteil en marteau publiés n'appartiennent pas tous à la même catégorie. Dans le véritable orteil en marteau, la difformité est telle que le malade marche sur l'ongle ; une opération en ce cas est inévitable. Les opérés de M. Terrier avaient l'orteil en crochet, *en chien de fusil,* suivant la pittoresque expression de M. Trélat ; en pareil cas, le redressement sans opération est souvent possible. La distinction est importante à faire.

M. Terrier. Je ne m'inquiète pas de ces catégories ni de ces distinctions. Je demande seulement si la difformité est telle qu'elle empêche ou gêne notablement la marche ; si oui, je m'adresse au procédé qui assure le mieux le libre retour des fonctions du membre.

Communication.

Sur un cas d'ascite chyleuse,

Par M. Terrillon.

M. Terrillon. J'ai eu l'occasion d'observer dernièrement un cas fort curieux de cette variété d'ascite, qu'on a désignée sous le nom d'*ascite chyliforme*, à cause de son aspect et de sa composition qui rappelle exactement celle du chyle. Je désire appeler l'attention de la Société de chirurgie sur cette maladie assez rare, dont aucun exemple n'a encore été publié dans ses Bulletins. L'histoire de la malade sera suivie de quelques considérations sur la nature de cette ascite et sur les théories qu'on a proposées pour expliquer sa formation.

Mme X..., âgée de 35 ans, s'est aperçue, il y a 8 ans, que son ventre augmentait de volume, sans douleur, mais avec un amaigrissement général assez rapide. Elle suivit d'abord un traitement médical prolongé qui n'amena aucune amélioration notable, si ce n'est que les purgations paraissaient faire diminuer notablement le volume du ventre. Jamais elle n'a habité les pays chauds.

En 1886 (juin), elle subit une première ponction qui évacua cinq ou six litres de liquide, dont la couleur a été vaguement indiquée, et l'analyse n'a pas été faite.

Le ventre se remplit assez rapidement et resta stationnaire jusqu'en juillet 1887. Une nouvelle ponction donna huit litres de liquide couleur café au lait. On ne trouva aucune tumeur dans le ventre.

L'analyse du liquide fut pratiquée cette fois par M. le pharmacien en chef de Lariboisière, le 6 juillet 1887.

Cette analyse ne mentionne malheureusement pas la quantité de matières grasses. Elle se résume de la façon suivante :

Densité	1,017 à 1,020.
Matières fixes	80 grammes par litre.
Matières albuminoïdes . . .	70 — —

Pas de paralbumine.

Quelques cellules épithéliales et quelques globules de sang.

On conclut qu'il ne s'agissait pas d'une ascite à cause de la quantité de matières fixes qui dépassait 60 grammes, et la présomption fut que c'était probablement un kyste de l'ovaire ou autre.

Après cette ponction, le ventre se remplit à nouveau et, jusqu'au mois de mai 1888, il sembla rester stationnaire, avec des alternatives de tension plus grande. Toujours même maigreur de la malade avec anéantissement des forces; cependant elle pouvait marcher un peu. La malade vint me voir en mai 1888, me demandant de faire quelque chose pour la soulager. Je constatai l'ascite bien nette occupant l'abdomen. Par le toucher, il me sembla sentir, dans un des culs-de-sac de Douglas, un peu haut, une masse dure.

En présence de l'ascite persistante, et, malgré cela, de la résistance de la malade, je fis l'hypothèse qu'il s'agissait là d'une de ces ascites symptomatiques de *tumeurs végétantes bénignes* du bassin. Deux cas que j'avais pu opérer avec succès, et la lecture des observations publiées par Péan[1] sur ce sujet, me donnèrent cette idée. Or, une incision exploratrice pouvait seule nous éclairer et permettre de faire quelque chose d'utile à cette malade.

L'opération fut acceptée et pratiquée le 4 juin 1888. Lorsque le péritoine fut ouvert, je pus extraire huit litres et demi de liquide analogue par sa couleur à du café au lait. Je pensai de suite à l'*ascite chyliforme*.

Le péritoine étant vidé, je reconnus que toute sa surface, y compris celle de l'intestin, était rouge, tomenteuse, analogue à du velours et saignant au moindre contact. Cet état était surtout très marqué au niveau du mésentère qui était comme boursouflé et présentait à sa surface des saillies mamelonnées et rougeâtres.

Me rappelant l'opinion soutenue par M. Straus sur la cause de ces ascites, après l'avoir vérifiée à la suite d'une autopsie (cas dont je parlerai plus loin), je recherchai si je trouverais des ouvertures de fistules lymphatiques sur le mésentère. Mais je ne pus rien constater de semblable. Sans nier qu'elles aient pu exister, je ne puis dire qu'une chose, c'est que je ne les ai pas constatées.

Avant ces recherches, j'avais exploré avec soin le petit bassin dans l'espoir de trouver la cause de cet épanchement.

Je trouvai bien, annexé à l'utérus, à droite et faisant corps avec lui, un fibrome du volume d'une orange faisant saillie dans la cavité péritonéale. Mais il ne sembla pas que la présence de ce fibrome sessile pût occasionner une maladie aussi étendue du péritoine. Cette tumeur correspondait bien à celle que j'avais sentie par le toucher vaginal.

Après avoir enlevé la totalité du liquide, mais sans trop tourmenter

[1] Péan, Des tumeurs végétantes du péritoine à forme colloïde ou myxomateuse (*Semaine médicale*, p. 237. Paris, 1886).

ce péritoine tomenteux et saignant facilement, je fermai la plaie avec cinq sutures au crin de Florence.

Les suites furent parfaites ; il n'y eut ni fièvre, ni récidive d'aucune sorte; mais le liquide se reproduisit lentement et, actuellement, 20 juillet, le ventre a, à peu près, le volume qu'il présentait avant l'opération, quoique étant moins tendu.

L'analyse du liquide chyliforme, pratiquée par M. Audouet, interne en pharmacie à la Salpêtrière, donna les résultats suivants :

Couleur	Café au lait faible.
Densité	1,021
Réaction.	Alcaline.
Matières fixes	101gr,75 par litre.
Albumine totale	76gr,75 —
Sels.	3gr,50 —
Matières grasses. . . .	21gr,50 —
Albuminose	Traces.
Hydropisine	Traces.

Le dépôt du liquide montre, au microscope, des globules sanguins, dont quelques-uns altérés. La matière grasse est divisée en globules tellement fins qu'on ne peut la déceler par le microscope.

Cette analyse montre donc bien qu'il s'agit d'un liquide analogue à du chyle.

En présence de ce fait, dont je donne seulement la physionomie générale, puisque l'autopsie n'a pas été faite, je désire rappeler rapidement quelles ont été les hypothèses au moyen desquelles on a cherché à expliquer la présence de ces liquides chyliformes dans le péritoine.

Une première hypothèse, soutenue par M. le Dr Debove[1], reproduite et discutée avec soin dans la thèse d'un de ses élèves, Mme Perrée[2] et ensuite par M. Veil[3], dans une thèse plus récente, est la suivante : cette ascite ne serait que le produit de la transformation d'un liquide purulent ou puriforme. Cependant il n'admet pas que ce soit là le résultat d'une transformation des globules purulents en granules graisseux ; il admet que, dans les cavités séreuses, il peut se produire de la graisse émulsionnée qui ne provient ni d'une transformation des globules de pus, ni d'un épanchement de chyle.

[1] Debove, *Union médicale*, 3e série, 1881, t. XXXI, p. 1028 et suiv.
[2] Perrée (Mme), *Thèse de Paris*, 1881.
[3] Veil, *Thèse de Paris*, 1882.

Veil conclut qu'il s'agit là d'une péritonite purulente spéciale et bénigne, et n'hésite pas à croire que cet aspect chyliforme est dû à la transformation du pus.

Cette première hypothèse, qui ne repose pas sur des appréciations très exactes du phénomène, ne me semble pas acceptable, pour deux raisons que je tiens à développer en quelques mots.

La première, c'est que j'ai observé moi-même, à la Salpêtrière, chez une femme à laquelle je fis une incision exploratrice en 1886, une péritonite purulente chronique. Le liquide avait un aspect jaunâtre, comme celui d'un abcès froid ancien; j'ai pu en extraire quatre litres. Il répandait une odeur spéciale, assez analogue à celle du fromage. Mais ici l'examen du liquide montre, d'une façon indubitable, que le liquide n'était pas du chyle, mais bien du pus transformé. Dans ce liquide nageait une grande quantité de granulations, faciles à voir au microscope, et qui n'étaient que des globules blancs dissociés. En effet, au milieu d'elles, on trouvait un grand nombre de globules blancs, altérés, granuleux et tout préparés pour la dissociation. Enfin l'analyse des matières grasses établit qu'elles étaient peu considérables : 3 grammes par litre. Il n'y avait donc pas là une émulsion véritable, et, malgré l'aspect chyliforme, ce n'était pas du chyle.

La seconde raison est qu'on ne connaît pas de cas dans lequel un abcès froid ou chronique, en voie de transformation, ait produit un liquide ayant cet aspect spécial (café au lait), et présentant le caractère de la graisse en émulsion qui est spécial.

La seconde hypothèse, défendue par M. Straus[1] dans un travail qu'il intitule nettement : *Ascite chyleuse*, est corroborée par une autopsie très probante et me semble seule admissible dans le cas que je viens d'analyser. Pour lui, cet épanchement intrapéritonéal résulte toujours d'une lésion ou d'un obstacle siégeant sur les vaisseaux chylifères, les ganglions ou le canal thoracique. Cet obstacle produit une rupture de ces vaisseaux ou bien il occasionne une transsudation du liquide à travers leur paroi. Dans son cas, l'autopsie démontra des solutions de continuité dans les chylifères.

Il me semble que, chez ma malade, telle doit être la cause de l'ascite chyleuse, malgré l'absence de constatation des lésions lymphatiques. Cependant l'état spécial, irrégulier, bosselé et manifestement malade de la surface du mésentère ne me laisse guère de doute sur la réalité de cette hypothèse.

[1] STRAUS, Ascite chyleuse (*Arch. de phys.*, 1886, p. 367).

J'avais affaire à une malade passagère et que je ne pouvais revoir, sans cela j'aurais suivi le conseil de M. Straus, qui consiste dans l'expérience suivante : après l'analyse du liquide, il propose de soumettre le malade à un régime riche en graisse, et après quelques semaines de retirer de nouveau du liquide pour voir si l'analyse décèlera une plus grande quantité de graisse que la première fois. La preuve serait ainsi faite.

Je termine en rappelant que j'ai eu seulement l'intention de publier une observation curieuse qui pourra, dans l'avenir, servir à éclairer l'histoire des ascites chyleuses.

Discussion.

M. Bouilly. M. Terrillon croit-il que la petite tumeur dont il a constaté l'existence dans le ventre ait eu quelque influence sur le développement de l'ascite.

M. Terrillon. Je ne le pense pas. Je l'avais cru possible ; c'est même pour cela que je me suis décidé à faire une incision exploratrice. Mais les constatations que j'ai pu faire de la sorte m'ont montré que la tumeur n'avait été pour rien dans la production de l'ascite.

M. Bouilly. Je tiens à faire remarquer à ce propos que la question des relations qui peuvent exister entre l'ascite en général et les tumeurs abdominales est encore fort obscure et absolument pas tranchée, malgré le travail fort intéressant de M. Quénu sur ce sujet.

Tout dernièrement, j'ai vu une malade porteur d'une énorme ascite (une ponction faite en province avait fourni 14 litres de liquide); on sentait profondément dans le ventre une tumeur fixe, qui paraissait immobile. Je songeai tout naturellement à une production probablement maligne de l'ovaire, et j'entrepris la laparotomie avec l'idée que je rencontrerais certaines difficultés opératoires. Aussi quel ne fut pas mon étonnement, le ventre ouvert, de ne trouver qu'un fibrome utérin parfaitement régulier, avec un pédicule petit, trop court assurément pour que la tumeur ait pu, par ses mouvements, agacer le péritoine et provoquer la formation de l'épanchement liquide. La séreuse était rouge, saignante ; il se produisit même une hémorrhagie *ex vacuo* assez notable, mais qui fut facilement arrêtée. L'opération, en somme, fut facile ; je fis la résection du fibrome et la malade guérit bien.

M. Quénu. Il est très exact de dire que la pathogénie des ascites qui accompagnent les tumeurs abdominales est loin d'être connue. Il importe cependant de mettre en lumière l'état du péritoine qui se rencontre en pareil cas, quel que soit le genre des tumeurs auxquelles on ait affaire. Le péritoine est tomenteux, il est parsemé de petites granulations que l'on a pu prendre pour des points de généralisation de la lésion primitive ou des nodules tuberculeux, mais qui, en réalité, ne sont souvent que des productions purement inflammatoires. J'ai pu, dans un cas, constater le fait par l'examen microscopique.

J'ai dit que cet état pouvait être provoqué par toute tumeur du ventre; il peut même l'être par le liquide d'un kyste rompu. Sur une malade de M. Terrier, présentant un kyste multiloculaire de l'ovaire avec ascite volumineuse, il n'y avait ni végétations ni productions malignes du genre de celles qui s'accompagnent habituellement d'épanchement intrapéritonéal; mais l'un des kystes était manifestement déchiré, et son contenu avait nécessairement dû se répandre dans le péritoine. J'avais entrepris, pour vérifier le fait, des expériences qui ont été malheureusement interrompues.

Les tumeurs solides de l'ovaire, les fibromes de l'utérus peuvent de même entraîner la formation de l'ascite, par voie d'inflammation chronique du péritoine. Il y a une échelle à établir entre ces diverses causes d'ascite, pour établir le degré d'influence qu'elles peuvent avoir sur la production de cette complication. C'est dans cette voie que les recherches devront être poursuivies.

M. Terrier. J'ai, à diverses reprises, dans les comptes rendus de mes opérations d'ovariotomie, signalé ce fait que l'ascite semble parfois sous la dépendance évidente d'une péritonite chronique. La question, comme on l'a fort bien dit, est très obscure.

L'ascite accompagne parfois de petites tumeurs sans importance, et peut faire défaut alors qu'elles sont très volumineuses, ou inversement, sans qu'il soit possible de savoir pourquoi. Il en est de même pour les cancers de l'intestin ou de l'estomac, qui tantôt s'accompagnent d'ascite, tantôt ne retentissent aucunement sur le péritoine. Il y a là des faits qui nous échappent absolument.

M. L.-Championnière. La présente discussion ne nous apprend, en somme, rien de nouveau. Il y a, en matière d'ascite dans les tumeurs abdominales, deux faits bien nets. Il existe des cas où l'ascite est évidente, abondante, la tumeur concomitante est solide; toutes les probabilités sont en faveur d'une tumeur maligne de l'o-

vaire et de l'utérus. Si la tumeur est bénigne, au contraire, l'ascite fait habituellement défaut.

Très exceptionnellement cependant on la rencontre même dans ce dernier cas. Deux fois j'ai pu constater le fait. Dans une de ces observations, la tumeur était simplement fibreuse, l'ascite était cependant volumineuse. J'avais, en raison de cette dernière circonstance, cru à une tumeur maligne. Il n'en était rien. Au cours de l'opération, j'ai remarqué dans ce cas l'énorme développement du système vasculaire de l'épiploon. Peut-être cet état avait-il contribué à la formation de l'ascite.

Il s'agit là, en somme, de faits dont l'explication est très difficile.

M. Quénu. Les observations de tumeurs bénignes, s'accompagnant d'ascite ne sont pas aussi rares que paraît le croire M. L.-Championnière. Les myomes de l'ovaire, les tumeurs végétantes du même organe, — que l'on ne doit pas considérer comme malignes, car elles ne récidivent habituellement pas, — les tumeurs fibreuses de l'utérus peuvent donner lieu à cette complication.

M. Terrillon. La discussion a singulièrement dévié. J'avais précisément cherché à établir que, dans le cas dont je vous ai entretenus, il ne s'agissait pas d'une ascite. J'aurais voulu trouver l'explication de cet épanchement graisseux d'une nature si spéciale, et provoquer vos réflexions sur ce point. Ma communication n'avait pas d'autre visée.

Quant à la question, si vaste, des ascites dans les tumeurs abdominales en général, je me suis gardé de l'aborder. Sur ce point, je n'en sais pas plus long que mes collègues. Tout ce que je sais, c'est que, dans les cas où l'ascite existe, tantôt le péritoine est sain en apparence et comme lavé, tantôt il est rouge et tomenteux; mais je ne saurais dire la raison de ces différences.

Communication.

Ablation totale du larynx avec l'épiglotte pour un épithélioma. Récidive au bout d'un mois dans le plancher de la bouche. Mort quatre mois après l'opération,

Par M. Le Dentu.

Je désire vous faire connaître un cas d'ablation totale du larynx avec l'épiglotte, que j'ai pratiquée le 5 mars de cette année. L'observation peut être résumée brièvement.

Au mois d'octobre 1887, le malade, âgé de 52 ans, m'est envoyé par le Dr Poyet avec le diagnostic réservé d'œdème syphilitique de la glotte. C'est du moins le diagnostic que le malade dit avoir été porté, mais sans affirmation bien nette. Comme la suffocation menaçait, je fais la laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

Les jours suivants, de nouveaux examens me font penser qu'il s'agit d'une affection maligne. Je parle d'extirpation totale du larynx; mais le malade, se sentant soulagé, sort de l'hôpital, et je n'en entends plus parler.

Je le revois seulement en février 1888. Le larynx s'est développé en largeur. Des bourgeons de mauvaise nature commencent à se montrer autour de la canule. La peau est adhérente. Il n'y a pas de ganglions sur les parties latérales du cou. Après une hésitation de quelques jours, je me décide à proposer de nouveau l'extirpation du larynx entier. Le malade y consent.

Le 22 février, je fais la trachéotomie immédiatement au-dessus du sternum, et, les jours suivants, je fais porter au malade une canule à tamponnement pendant une à deux heures chaque jour. La toux causée par la canule les deux premières fois ne se renouvelle plus.

Le 5 mars, en présence de MM. Poyet, Th. Anger, Walther, Hartmann et d'un certain nombre de confrères étrangers, je fais l'ablation totale du larynx par le procédé suivant.

L'opération est faite au bistouri, sauf pour une portion de l'œsophage qui fut détachée avec le thermocautère.

1° Incisions transversales parallèlement à l'os hyoïde et au-dessus de la canule trachéale. Ces deux incisions sont rejointes par deux incisions courbes, concaves en dedans, qui passent à quelque distance des végétations cutanées;

2° Isolement du larynx sur les côtés, en refoulant doucement la carotide primitive en dehors;

3° Section de la trachée au-dessus de la canule, en laissant un peu de peau entre la canule et l'incision. Au moyen d'un tenaculum, je relève et je détache la partie supérieure de la trachée de bas en haut; mais comme je m'aperçois que la langue est adhérente à l'œsophage et à la muqueuse pharyngienne, je taille d'abord en plein néoplasme, me réservant de détacher ensuite les portions atteintes du pharynx et de l'œsophage. En haut, je fais une section, avec des ciseaux, entre l'os hyoïde et l'épiglotte, dont la base est malade et je détache de même les apophyses supérieures du cartilage thyroïde.

4° Avec le thermocautère, je détache les portions adhérentes du pharynx et de l'œsophage. Il en résulte que l'orifice supérieur de ce dernier se trouve très peu au-dessus de celui de la trachée. Une sonde est placée dans l'œsophage par la plaie du cou.

Pansement avec de la gaze iodoformée roulée en boulettes. La canule à tamponnement est laissée à demeure. Pas de sutures.

L'opération a été très bien supportée. Le malade salue le public avec satisfaction.

Tout alla bien pendant un mois. Une menace de bronchite fut conjurée deux jours après l'opération par trente ventouses sèches; mais, vers le commencement d'avril, une induration suspecte apparut *dans la région sus-hyoïdienne*. Peu à peu, elle gagna les côtés du cou. Les bords de la plaie s'ulcérèrent; il y eut plusieurs hémorrhagies. La cachexie s'accentua et le malade mourut le 4 juillet, juste quatre mois après l'opération.

L'autopsie montra que la trachée était intacte et qu'il n'y avait pas de généralisation. A l'examen microscopique, le néoplasme fut reconnu pour un épithélioma classique; c'était le diagnostic posé.

Le dénouement a été conforme à mes craintes; mes hésitations étaient fondées; mais, comme l'opéré a vécu huit mois après la laryngotomie nécessitée par de la suffocation, et que la moyenne de la survie est de huit mois à la suite de la trachéotomie, on peut dire que le malade n'a rien perdu à l'opération.

Ce cas, quoique peu satisfaisant en lui-même, m'offre l'occasion d'examiner, d'une façon générale, la question de l'extirpation totale du larynx.

Si je n'avais eu pour me diriger que la statistique de Haber, à coup sûr je me serais abstenu, car elle est aussi peu encourageante que possible. La voici :

STATISTIQUE DE HABER

I. — *Opération pour rétrécissement du larynx* (1 cas pour syphilis ; 3 cas pour rétrécissement traumatique).

N° 1. Résection unilatérale.
N° 2. Extirpation de la masse cicatricielle.
N° 3. *Idem.*
N° 4. Excision du larynx entier.

(4 *guérisons sur* 4)

II. — A. *Opérations pour tumeurs* (3 laryngo-fissures).

1er cas. Récidive rapide suivie de suicide.
2e cas. Récidive après trois semaines.
3e cas. Mort au 11e jour par insuffisance cardiaque. Thrombose de l'artère pulmonaire.

B. *Résections unilatérales.*

N° 1. Opération 11 août 1883; récidive, fin de 1885; extirpation totale, 5 janvier 1885.
N° 2. Opération, 3 mai 1885; pas encore guéri en décembre 1887.
N° 3. Opération, 18 décembre 1886; mort après onze jours.
N° 4. Opération, 29 juin 1887; mort au 15e jour.
N° 5. Opération, 16 novembre 1887; exeat 21 décembre 1887.
N° 6. Opération, 21 février 1888; pas encore guéri 1er avril 1888.

C. *Extirpations totales.*

N° 1. Opération, 23 octobre 1880; sans récidive en mars 1888.
N° 2. Mort au 25e jour de gangrène pulmonaire.
N° 3. Mort au 31e jour de pleurésie et de bronchite purulente.
N° 4. Neuf opérations consécutives pour récidives sont bien supportées. Mort au bout de deux mois.
N° 5. Mort au 4e jour de médiastinite.
N° 6. Mort de récidive après plusieurs mois.
N° 7. Mort au 10e jour de pleurésie et de bronchite.
N° 8. *Sarcome.* Mort de récidive après cinq à six mois.
N° 9. Mort au 11e jour de pneumonie et d'érysipèle.
N° 10. Pas de renseignements. Récidive et mort probables.
N° 11. Mort après quatre semaines. A l'autopsie, pas de récidive; aucune cause manifeste de mort.

Résumé (Tumeurs).

Laryngofissure (3 cas).

1 mort par affection cardiaque.
2 récidives rapides.

Résection unilatérale (6 cas).

2 morts aux 11e et 15e jours.
1 opéré non suivi.
1 guéri depuis deux mois.
1 resté guéri seize mois ; récidive.
1 guéri depuis deux ans et demi.

Extirpation totale (11 cas).

7 morts aux 4e, 10e, 11e, 25e, 28e, 32e, 68e jours.
1 mort de récidive après cinq à six mois.
1 mort de récidive après plusieurs mois.
1 perdu de vue ; récidive et mort probables.
1 opéré le 23 octobre 1880 ; pas encore guéri en mars 1888.

Le chirurgien explique les mauvais résultats par le *défaut de soins* pour 97 opérés, ou par le mauvais état antérieur des malades. Mauvaises raisons, car on ne comprend pas que des opérés, ayant subi une opération aussi grave, ne soient pas l'objet d'une constante sollicitude, et, pour les autres, mieux eût valu, sans doute, s'abstenir.

Je m'étais basé, dans ma décision, sur la statistique et la revue importante de M. Hache (*Bull. méd.*, 23 nov. 1887). Elle porte sur 105 cas d'extirpation complète :

Morts................ (soit 40 0/0)	43	15 dans les huit premiers jours. 20 dans la deuxième semaine. 1 le 25e jour. 5 par pneumonie tardive. 2 par épuisement rapide.
Survivants...........	62	
Récidives............	28	la plupart entre trois mois et un an ; mais non morts.

Sur 20 cas où la date de la mort par récidive a été notée, elle est survenue :

2 fois avant trois mois.
6 — de trois à six mois après.
8 — de six à douze mois.
2 — de un à deux ans.
2 — de deux à deux ans et demi.

La *survie moyenne*, après la trachéotomie, est de huit mois. Comme on ne fait celle-ci qu'à une période déjà assez avancée du mal, on peut dire que c'est autant de temps gagné pour le malade.

En revanche, en cas d'extirpation, au temps de survie sans récidive, il faut ajouter la survie après récidive, pour avoir la survie totale.

Elle est donc, en moyenne, supérieure à huit mois. Voilà le bilan des mauvais cas dont on peut distraire les opérés à survie de un à deux ans et demi. En fait de cancer, il ne faut pas se montrer trop difficile.

Voyons les cas relativement bons. Il y en a 34 sur 105, environ un tiers.

Observés sans récidive :

15 moins de six mois.
8 de six mois à un an.
1 de un an et trois mois (Novaro).
1 d'un an et quatre mois (Maydl).
2 de deux à trois ans (Cazelli, sarcome; Novaro).
3 de trois à quatre ans (Güssenbauer; Thiersot; Winiwarter).
2 de cinq ans (Güssenbauer).
1 de dix ans (Nottini, sarcome).
1 douteux.

Voilà des résultats capables de faire réfléchir.

La trachéotomie donne 20 0/0 de morts au lieu de 40 0/0 sur 94 cas :

28 morts dans les deux premiers mois.
51 survies de deux mois à un an.
12 — de un à deux ans.
2 — de deux à trois ans.
1 — de trois à quatre ans.

Pour établir un parallèle équitable entre les deux opérations, il faut laisser de côté la catégorie de deux mois à un an, et comparer les trois dernières aux sept dernières de l'extirpation.

Du côté de la trachéotomie :

15 opérés ont vécu de un à onze ans.

Du côté de l'extirpation :

11 sans récidive de zéro à dix ans, dont huit de deux à dix ans.

Quoiqu'il y ait une équivalence apparente dans les bons résultats, on peut conclure que, si la mortalité est double après l'extirpation, elle donne du moins à quelques opérés des chances de survie beaucoup plus longue que la trachéotomie.

Après cet examen, a-t-on vraiment le droit de condamner l'ablation totale du larynx sans lui avoir laissé le temps de montrer ce qu'elle peut donner? Je ne le pense pas pour mon compte.

Pour porter un jugement définitif, il faudra des faits encore plus nombreux, il faudra surtout des opérations plus *précoces*.

Non seulement celles-ci offriront plus de chances de succès, mais les délabrements opératoires étant moindres, l'usage du larynx artificiel ou simplement de la canule à cheminée, et l'alimentation sans sonde deviendront possibles plus souvent.

Je terminerai par un argument tiré d'une opération que vous pratiquez tous très fréquemment, l'ablation totale ou partielle de la langue. Quels résultats nous donne-t-elle? Des résultats bien tristes, et cependant nous persistons dans nos tentatives, parce que, de temps en temps, nous voyons un cas de longue survie qui nous console un peu de nos nombreux revers. Si on s'appuyait sur la moyenne des résultats, ne devrait-on pas s'abstenir? Nous opérons, cependant, du moment que le cas ne présente pas quelqu'une de ces contre-indications auxquelles nous devons nous soumettre.

Ici, comme contre le cancer du larynx, nous possédons un moyen palliatif qui assure l'alimentation sans douleur, comme la trachéotomie assure la respiration sans angoisse. La sonde nasale ne nous satisfait pourtant pas pleinement, et, à chaque nouvelle opération, nous poursuivons, sans nous lasser, la guérison à durée limitée. Qui sait si un jour nous ne trouverons pas aussi naturel de rechercher la guérison temporaire du cancer du larynx par l'extirpation partielle ou totale de cet organe?

Aussi, je le répète, quoique les résultats analysés à l'instant ne soient pas de nature à soulever l'enthousiasme, et tout en faisant des réserves sur l'utilité définitive de la laryngectomie, je crois qu'il serait prématuré de la rejeter, dès maintenant, hors du cadre des opérations justifiables.

Présentation de malades.

1° *Résection tibio-tarsienne.*

M. Berger présente une jeune femme sur laquelle il a pratiqué, il y a six mois, la *résection tibio-tarsienne* pour une tumeur blanche de cette articulation.

Le résultat qui a été obtenu dans ce cas mérite d'être retenu, car il s'agissait d'une ostéite tuberculeuse à foyers multiples dont les uns occupaient l'astragale, les autres l'extrémité inférieure du tibia. En outre, les synoviales tendineuses étaient envahies par des fongosités, l'articulation calcanéo-astragalienne était malade; l'articulation tibio-tarsienne communiquait avec l'intérieur par un trajet fistuleux.

La résection dut être fort étendue. Elle comprit l'astragale, l'extrémité inférieure du tibia et les malléoles dans une hauteur de 2 à 3 centimètres au-dessus de la surface articulaire, et la surface supérieure du calcanéum qui dut être abrasée.

Néanmoins, et malgré un raccourcissement notable du membre, le résultat fonctionnel est très bon. Les mouvements sont conservés entre la jambe et le pied et il existe, en ce point, une sorte de néarthrose serrée qui facilite la marche. Il n'y a aucune déviation de l'axe du pied.

M. Berger attribue ce dernier résultat à la précaution qu'il a eue de clouer le calcanéum au tibia au moyen d'une longue cheville en os de veau, parfaitement aseptique, martelée dans les os, au travers d'une incision faite à la face inférieure du talon. Cette cheville, dont l'extrémité inférieure dépassait la peau, fut retirée au bout de deux mois, non sans efforts. Elle était à peine érodée à sa surface.

La guérison s'est d'ailleurs faite sans incidents d'aucune espèce et sans laisser de fistules. La malade marche aisément avec une bottine munie d'une semelle surélevée et de tuteurs latéraux.

2° *Résection de l'intestin.*

M. Bouilly présente la malade (résection de l'intestin) dont il a lu l'observation dans la dernière séance.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

Ch. Monod.

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 44.9.88. *Le Gérant :* G. MASSON.

Séance du 25 juillet 1888.

Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° M. HORTELOUP, retenu à l'Administration des hôpitaux, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° M. le Dr GAILLARD (de Parthenay) envoie une observation d'*Injection d'éther iodoformé dans un abcès froid suivie d'accidents graves* (Commissaire, M. Routier).

A propos du procès-verbal [1].

De l'ascite dite chyliforme.

M. TERRIER. Je désire revenir en quelques mots sur la communication que M. Terrillon vous a faite dans la dernière séance, au sujet des ascites dites chyliformes.

La question m'intéresse à un double point de vue : au point de vue scientifique absolu tout d'abord, à celui de la nature et de la pathogénie des épanchements chyliformes dans les cavités séreuses, et, de plus, parce que la malade dont vous a parlé M. Terrillon a été observée et opérée antérieurement par moi-même dans mon service. J'ai eu occasion, il y a précisément un an, de lui pratiquer une ponction dont je vous dirai dans un instant le résultat. J'avais, chez cette malade, constaté les mêmes symptômes reconnus plus tard par notre collègue ; comme lui, j'avais trouvé dans le ventre une petite tumeur latérale qui pouvait être considérée comme ayant provoqué l'ascite.

[1] NOTA à la séance du 18 juillet. — Dans le travail de M. Le Dentu (p. 365), lire statistique de *Hahn* au lieu de statistique de *Haber* ; statistique empruntée au Compte rendu du dernier Congrès des chirurgiens allemands (*Centralbl. f. Chirurg.*, 1887),

Mais le point important est que, sachant que cette femme avait déjà été ponctionnée par Kœberlé, apprenant de plus qu'il avait été embarrassé pour fixer la nature du mal et voulant moi-même chercher à élucider ce point, j'eus soin, après avoir fait une ponction nouvelle, de confier à un homme compétent l'analyse du liquide retiré. Cette analyse fut faite par M. Patein, pharmacien en chef de Lariboisière ; elle porta sur 800 centimètres cubes de liquide. Elle le conduisit à un résultat qui l'étonna lui-même. Il fut, en effet, bien que toutes les probabilités cliniques fussent en faveur de l'ascite, obligé de conclure que le liquide dont je lui avais confié l'examen devait provenir d'un kyste de l'ovaire. Il s'en tenait, en effet,aux données qui ont cours actuellement en chimie biologique, et d'où il ressort que tout liquide dont la densité dépasse un certain chiffre qui est celui de la densité du liquide de l'ascite, ou dans lequel les matériaux fixes sont plus nombreux que dans le liquide de l'ascite, ne peut être fourni que par un kyste. Le liquide en question présentant ce double caractère, — grande densité et matériaux solides abondants, — il ne semblait pas douteux qu'il avait dû être extrait d'un kyste de l'ovaire.

Voilà un premier point qui n'est pas sans intérêt, puisqu'il est aujourd'hui absolument démontré, de par la laparotomie exploratrice pratiquée par M. Terrillon, que le liquide était bien contenu, comme je le pensais, dans le péritoine.

Un second point à signaler est le suivant. Ce même liquide qui, lors de l'examen fait par M. Terrillon, était surchargé de graisse, n'en contenait absolument aucune trace à l'époque où je l'ai recueilli ; on n'y trouvait ni graisse ni cholestérine. Voici du reste son analyse exacte :

800 centimètres cubes, consistance louche, aspect huileux non filant.

Densité	10°,17 à 20°
Réaction neutre.	
Matières fixes	80,250/1000
Sels anhydres	7,50
Mucine	pas
Hydropisine	pas
Matières albuminoïdes	70,30
Paralbumine	nulle
Fibrine	nulle
Globules sanguins	altérés

Cellules épithéliales en dégénérescence graisseuse (presque pas de globules graisseux).

Pas de cholestérine.

Leucocytes rares.

Je conclus de ce qui précède qu'il est permis de douter que l'ascite dite chyleuse soit une entité morbide ou une affection qu'il faille mettre absolument à part. Pour moi, j'admettrais plutôt qu'il ne s'agit là que d'une ascite d'origine inflammatoire, symptomatique d'une altération du péritoine ; je crois que, dans les ascites de cet ordre, les produits sécrétés par la séreuse peuvent être très variables ou, du moins, subir des transformations diverses que nous connaissons encore assez mal ; j'estime que, contrairement aux assertions des chimistes, il n'y a pas, entre le liquide de l'ascite et celui du kyste, une différence aussi tranchée qu'ils le disent ; que, si elle existe dans les cas types, il en est d'autres intermédiaires où l'on peut trouver tous les degrés conduisant de l'un à l'autre.

Cette opinion, au reste, ne m'appartient pas en propre. Elle a été soutenue à deux reprises dans la *Revue de médecine* par notre collègue M. Letulle [1], à propos de deux cas d'ascite chyliforme observés par lui. Il conclut qu'il doit s'agir là d'une regression granulo-graisseuse des éléments contenus dans le liquide ; que l'on ne doit voir dans ce fait qu'un stade de l'évolution d'une ascite inflammatoire ; que, sous une influence mal connue, l'inflammation de la séreuse aboutit à une formation d'exsudats fibrineux plus nombreux que d'ordinaire, voire même, à la longue, de matière grasse qui fait habituellement défaut dans l'ascite.

Les différences considérables qui existent entre les analyses de deux liquides provenant, à un an de distance de la même malade, analyses faites presque par les mêmes hommes, tous deux pharmaciens de nos hôpitaux, et d'après la même méthode, — ces différences, dis-je, — et particulièrement l'absence complète de matière grasse dans un cas, son existence dans l'autre, — parlent évidemment en faveur de transformations survenant dans l'épanchement.

Donc, contrairement à l'idée généralement admise, contrairement à l'opinion de M. Terrillon, qui n'est autre, du reste, que celle de M. Strauss, je ne crois pas au passage dans le péritoine du liquide contenu dans les chylifères. J'admets bien plutôt l'hypothèse de M. Letulle, la transformation par voie d'inflammation de produits exsudés par la séreuse.

M. Tillaux. Un mot sur un point touché par M. Terrier. Quelle est la valeur qu'il convient d'attribuer à l'analyse chimique dans

[1] Letulle (M.). Note sur un cas d'épanchement chyliforme du péritoine chez un enfant de 8 ans, etc. (*Revue de médecine*, 1884, p. 722). — Nouvelle observation d'épanchement chyliforme de l'abdomen chez un enfant (*Ibid.*, 1885, p. 973).

le diagnostic différentiel des tumeurs liquides de l'abdomen ? Pour moi, je suis disposé, comme notre collègue, à n'en pas tenir grand compte.

Il y a quelques années, j'avais dans mon service une femme porteur d'une tumeur du ventre de diagnostic très difficile. S'agissait-il d'un kyste de l'ovaire ou d'une ascite ? les avis à cet égard étaient partagés. Pour sortir d'embarras, je priai M. Méhu d'examiner le liquide extrait par ponction ; je ne pouvais m'adresser à plus compétent ; la recherche fut faite avec le plus grand soin. La conclusion fut des plus nettes et sans aucune atténuation. « Je vous affirme, me disait M. Méhu, que ce liquide ne peut provenir que d'un kyste. » Or, l'événement lui donna absolument tort. J'opérai la malade ; il n'y avait pas ombre de kyste, mais bel et bien une ascite avec une tumeur de l'épiploon. Et pourtant, dans ce cas, le liquide, de couleur noirâtre, avait toute l'apparence extérieure de celui d'un kyste ; il en avait aussi les caractères chimiques.

Ce fait m'a fortement impressionné. Il m'a conduit à ceci, que dans les cas embarrassants je n'ai plus jamais recours à l'analyse pour éclairer le diagnostic.

M. Terrillon. Je dirai, pour M. Terrier, que, sans considérer l'hypothèse que j'ai adoptée comme démontrée, je la tiens cependant pour rationnelle.

Je m'appuie pour la défendre sur les deux points suivants : le premier est le résultat de l'autopsie faite par M. Strauss ; je rappelle que notre collègue a trouvé, chez sa malade, une lésion des lymphatiques pouvant expliquer le passage du chyle dans le péritoine. Le second est le fait signalé dans l'analyse du liquide de mon opérée, à savoir que la graisse, contenue dans la proportion de 25 à 26 grammes par litre, était en émulsion. Or, il est certain que, quelles que soient les transformations que puissent subir des globules purulents, jamais elles n'aboutiront à l'émulsion de la graisse. M. Debove l'a bien compris ; aussi a-t-il été conduit à admettre, pour expliquer les ascites chyliformes, non une transformation du liquide de l'ascite, mais l'existence d'une production spéciale dont il n'a pu d'ailleurs préciser le mode de formation. Je puis ajouter que moi-même, il y a trois ans, j'ai eu occasion d'ouvrir une ascite purulente enkystée, un véritable abcès du péritoine ; or, je trouvai dans la cavité non de la graisse, mais simplement des globules blancs en voie de dégénérescence et de dissociation. Le liquide, dans ce cas, différait absolument de celui recueilli chez la malade dont je vous ai entretenu dans la dernière séance.

Remarquez encore, chez celle-ci, la longue durée de la maladie :

elle date déjà de huit ans. Comment expliquer une survie aussi longue, avec un état de santé relativement bon, s'il s'agissait d'une ascite inflammatoire? La lésion des lymphatiques donnant lieu à un épanchement de lymphe me paraît une hypothèse bien plus acceptable.

Je le répète, cependant, je n'ai pas de preuve absolue de son exactitude. Je n'ai rapporté cette observation qu'à titre de document pouvant servir plus tard à élucider une question encore mal connue.

M. Quénu. Je crois que M. Tillaux va trop loin en refusant toute valeur à l'analyse chimique ou le diagnostic des tumeurs liquides de l'abdomen. Les conclusions qu'on en peut tirer n'ont, il est vrai, rien d'absolu, mais elles ont cependant leur importance. Pour moi, ayant eu occasion d'étudier ce point d'assez près, je crois pouvoir soutenir que, dans tous les cas où le chiffre des matières fixes du liquide s'approche de 100 et *à fortiori* s'il va au delà, il y a toute chance pour qu'il s'agisse d'un kyste de l'ovaire, ou encore d'un kyste multiloculaire ayant évacué une partie de son contenu dans le péritoine. Le chiffre de 70 donné par Méhu était trop faible.

M. Terrier. L'observation de M. Tillaux, avec la restriction faite par M. Quénu, est parfaitement exacte. L'analyse chimique est utile, mais n'a rien d'absolu. Il y a sans doute encore beaucoup à faire en ce sens; nous connaissons mal les modifications que peuvent subir les liquides des collections abdominales. Il est certain que, pour le moment, en dehors des cas types dont je parlais tout à l'heure, on ne peut conclure, de la quantité des matières solides indiquée par l'analyse, que l'on ait affaire à un kyste plutôt qu'à une ascite.

A M. Terrillon je réponds : j'accepte son hypothèse en tant qu'hypothèse; mais je persiste à croire que celle d'une transformation du liquide de l'ascite est préférable. Cette transformation n'aboutira pas, dans certains cas, à la formation de graisse; dans d'autres, elle donnera lieu à de la graisse non émulsionnée; ce sont là des faits d'ordre chimique dont nous n'avons pas l'explication, mais qui ne doivent pas pour cela être niés.

Communication.

Des fistules pyo-stercorales. — Un cas de guérison par l'entérorraphie.

Par M. Trélat.

Deux faits de fistules pyo-stercorales que je viens d'observer dans mon service me fournissent l'occasion de discuter devant vous la ligne de conduite thérapeutique qu'il convient de suivre en pareil cas.

I

Voici d'abord mes deux observations :

Observation I. — Jeune garcon de 16 ans qui paraît bien portant. Debout toute la journée, il va et vient dans le service. Il n'avait eu aucune maladie jusqu'à l'âge de 10 ans. A cette époque, il y a 5 à 6 ans, il fut pris d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité qui le tint malade pendant environ deux mois. Il était en pleine convalescence lorsqu'il constata le développement, dans la région cæcale, d'une grosseur, comme il dit, dont le volume variait de temps à autre, qui était plus ou moins dure, plus ou moins douloureuse.

En 1884, cette tuméfaction s'accrut au point d'acquérir le volume d'une orange. En même temps la région devint très douloureuse et notre petit malade fut obligé de garder le lit pendant environ un mois. Le médecin qui le vit à cette époque prescrivit des cataplasmes et porta le diagnostic de péritonite. Les renseignements que nous pouvons actuellement recueillir sur cette poussée inflammatoire sont forts incomplets. Notre malade ne se rappelle pas avoir eu le ventre ballonné, avoir souffert de vomissements. Un seul fait l'a frappé, c'est l'existence d'une constipation opiniâtre, qui, du reste, existait déjà depuis la terminaison de sa fièvre typhoïde.

De 13 à 15 ans, la tumeur persista, mais sans déterminer de troubles fonctionnels. Ce n'est qu'il y a un an, en 1887, *cinq ans après le début de la tumeur,* qu'il survint une nouvelle poussée inflammatoire. La peau rougit, s'amincit et se perfora spontanément, en septembre dernier, donnant issue à une quantité considérable de pus d'odeur infecte et de couleur jaune clair. A partir de ce moment, le cours des selles, jusqu'alors difficile, redevint normal.

Le malade entra alors dans le service (octobre 1887), porteur d'une fistule par laquelle sortaient quelques gouttes de pus, où ni l'odeur, ni la couleur, ni l'examen histologique ne permirent de reconnaître l'existence de matières fécales. L'état était tellement bénin que je me crus en présence d'un simple abcès consécutif à une fièvre typhoïde. Je fis placer un drain et désinfecter le foyer, comptant ainsi obtenir une guérison rapide.

En janvier 1888, la fistule persistant toujours, bien que l'état général du malade fût excellent, je la réexplorai, et pus alors constater l'existence d'un trajet pariétal, ayant environ 6 à 7 centimètres, d'avant en arrière, entre les muscles de la paroi; une contre-ouverture, faite avec un trocart, me permit de placer un drain à la partie postérieure du flanc droit. Peu de temps après, la suppuration diminua, au point de sembler s'éteindre; aussi, en mars, retirai-je le tube, croyant le malade guéri. Cette illusion ne dura que peu de temps. Le 5 avril, je constatai de nouveau de la tuméfaction, de la douleur, des phénomènes de rétention, et une fistulette se reformait, donnant issue à un peu de pus grumeleux. La dilatation du trajet, faite avec une petite tige de laminaire, permit le passage d'une notable quantité de pus, et, pendant les 8 à 10 jours qui suivirent, le malade rendit par sa plaie des matières semblables aux matières fécales et en ayant l'odeur. Grâce au rétablissement du drainage, l'écoulement diminua rapidement, les matières intestinales disparurent, et le 17 avril on supprimait le drain de nouveau. Le trajet parut se fermer spontanément, et pendant le mois de mai il y eut une nouvelle apparence de guérison. Mais, dans les premiers jours de juin, les symptômes de rétention reparurent, la fistule se rouvrit et donna issue à une petite quantité de mousse pyo-fécaloïde. Cet écoulement diminua rapidement, et, actuellement (20 juin) il n'y a plus de nouveau qu'un suintement insignifiant.

En résumé, nous sommes en présence d'un garçon de 16 ans qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, a porté, pendant de longues années, une tumeur sans caractères bien nets. Il y a un an, après des phénomènes inflammatoires, cette tumeur s'est ouverte, et, depuis cette époque, il persiste une fistule qui se ferme, se rouvre, et nous a donné ainsi, à plusieurs reprises, l'illusion de la guérison.

Chez ce premier malade, qui jouit en somme d'une santé parfaite, qui n'a aucun signe menaçant, aucun foyer d'infection, je me suis abstenu de toute intervention. J'ai attendu, en surveillant simplement l'état local. Il est très possible qu'il guérisse, la cure spontanée, au dire de Blin [1], ayant eu lieu 46 fois sur 72.

La situation était tout autre, comme vous allez le voir, chez mon second malade.

Obs. II. — Homme de 23 ans, qui, en juillet 1886, a été traité à l'Hôtel-Dieu pour une typhlite, et est sorti guéri au bout de deux mois. En octobre de la même année, repris de typhlite et de pérityphlite, il entra dans le service de M. Féréol, d'où on le fit, au bout de quelque temps, passser dans nos salles. Il y resta cinq mois, et nous pûmes constater chez lui l'existence d'une tumeur inflammatoire, présentant alternativement des hauts et des bas. De temps à autre, survenaient des poussées aiguës. La tumeur augmentait de volume, de-

[1] Blin, Étude sur les fistules pyo-stercorales (*Thèse de Paris*, 1879).

venait très douloureuse, puis tout disparaissait brusquement comme si la collection se vidait dans l'intestin; on n'observa cependant à aucun moment de pus dans les matières. Il s'agissait probablement d'une tuméfaction inflammatoire considérable, entourant une très petite cavité.

En avril 1887, le malade, étant toujours dans le même état, retourna chez lui, où, à peu près chaque mois, il fut pris de poussées inflammatoires aiguës, qui toujours se terminèrent par résolution. Cela dura ainsi jusqu'en janvier 1888. A cette époque, il fut pris d'une poussée plus intense, accompagnée de quelques symptômes généraux (perte d'appétit, mouvement fébrile, léger amaigrissement) et suivie de la formation d'un abcès qui s'ouvrit vers le milieu de la région iliaque, laissant couler environ un verre de pus.

Depuis lors, il reste une fistule qui donne issue à du pus et à de la mousse fécale. Cette fistule est petite. Par le palper, qui est assez douloureux, on constate autour d'elle l'existence d'une induration de la paroi abdominale, courte en bas, beaucoup plus étendue en haut. De ce côté, le tégument présente l'altération connue sous le nom de peau d'orange, altération qui n'a, du reste, rien de spécifique et qui n'est qu'une des formes de l'œdème cutané. En pressant la paroi, en dedans de la fistule, on fait sourdre du pus par son orifice. Le stylet ne s'enfonce que très peu au-dessous de l'orifice fistuleux; il s'engage au contraire, supérieurement à une profondeur de 7 centimètres environ. Jamais il n'y a eu de pus dans les selles.

Depuis qu'il est rentré dans le service, ce malade a offert des alternatives variées dans l'étendue du foyer purulent, la quantité de liquides écoulés, et en particulier des matières fécales, qui sont devenues plus abondantes. Son état général n'est pas très prospère ; il est un peu pâle, légèrement amaigri, mais cependant circule dans nos salles comme s'il n'était pas atteint d'une affection grave.

En résumé, malade affecté il y a deux ans d'une typhlite ; rechute, pérityphlite ; puis, en janvier 1888, poussée inflammatoire, abcès, fistule, qui persiste avec des variations dans l'étendue du foyer pyostercoral.

Chez cet homme, existait, on le voit, une cavité suppurante d'une certaine étendue, un écoulement continu de matières fécales, de l'amaigrissement, de la pâleur; bien qu'on ne fût pas obligé à une intervention d'urgence, il semblait qu'on ne pût guère le laisser dans l'état où il se trouvait.

Je me décidai donc à intervenir et arrêtai le plan opératoire suivant : Ouvrir largement la cavité suppurante par une incision cruciale; au besoin, cautériser et modifier tout le foyer. Plus tard, seulement, si la guérison n'est pas obtenue, rechercher la fistule, et en étudier les caractères. Si elle est unique, s'il n'y a pas de gâteau d'adhérence trop étendu, suturer la perforation sur l'intestin libéré. Dans le cas contraire, cautériser de nouveau la cavité en cherchant à agir au voisinage même de l'intestin, afin d'obtenir la rétraction de l'orifice fistuleux.

Opération. — Le 27 juin 1888, le malade était amené à l'amphithéâtre pour y subir l'opération projetée, c'est-à-dire l'ouverture de l'abcès et la cautérisation du foyer.

L'intestin avait été préalablement vidé, naphtolé; la cavité de l'abcès désinfectée autant que possible. L'anesthésie étant complète, je fis, suivant le grand axe de l'abcès, une incision de onze centimètres. La cavité était tapissée par une mince couche de pseudo-muqueuse qu'on pouvait enlever assez facilement en frottant avec un tampon d'ouate, et très facilement avec la curette. Le thermo-cautère était prêt; j'allais l'appliquer lorsque je crus voir sur la paroi profonde de l'abcès un diverticule qui eût échappé au cautère. Je le caressai très légèrement avec le bistouri et aussitôt nous vîmes se déplier un corps blanc jaunâtre. C'était l'épiploon. La cavité abdominale était ouverte. Il fallait absolument modifier le plan opératoire.

Nous pouvions tenter de fermer par la suture la petite plaie de deux centimètres par où sortait l'épiploon, mais le succès paraissait douteux, en raison de la minceur de la paroi à ce niveau.

Faisant alors appliquer un tampon antiseptique sur l'épiploon pour le contenir, j'explorai le fond de l'abcès et je reconnus bientôt l'ouverture intestinale bordée de son liséré muqueux. Elle admettait facilement l'index et pouvait en réalité laisser passer deux doigts. Il ne me parut pas qu'autour d'elle existassent des adhérences dures et volumineuses.

Je procédai alors à la dissection du pourtour de l'orifice intestinal qui fut exécutée sans difficulté sauf en bas et en dehors où existait une bride assez résistante. L'intestin alors libéré put être amené à l'extérieur, examiné à nouveau, lavé, nettoyé et disposé pour la suture. Nous pûmes nous assurer, d'après les bandes musculaires, la position et la largeur de l'intestin, que c'était bien le cæcum que nous avions entre les doigts. La suture de Lembert fut faite avec de la soie fine en deux plans et nécessita neuf points pour le plan profond et onze pour le plan superficiel. Bien que celui-ci se terminât par une sorte de bec, l'occlusion était régulière et complète. Après lavage attentif, l'intestin fut réduit.

Nous nous proposions de faire une suture perdue de l'orifice profond de la paroi abdominale, puis une suture superficielle. Déjà quelques points profonds étaient placés, lorsqu'un effort du malade en détermina la rupture.

La cavité de l'abcès ayant été préalablement grattée dans toute son étendue, il nous sembla alors que le meilleur procédé, pour clore la plaie abdominale, était de comprendre toute l'épaisseur des parois comme dans l'ovariotomie, sans tenir compte de la cavité de l'abcès. Sept points de suture au fil d'argent furent appliqués; mais, comme la clôture de la paroi abdominale profonde n'était pas complète au niveau de l'ancien orifice intestinal et que nous ne pouvions pas la compléter à cause de la minceur et de la friabilité des bords, nous laissâmes en haut et en bas un orifice à la paroi cutanée et un drain ou mèche de gaze iodoformée fut placé dans chacun des trajets qui, en somme,

établissaient une étroite communication entre la cavité péritonéale et l'extérieur.

Pansement, bandage comme pour les laparotomies.

Pas d'accidents. Pendant les premiers jours, quelques gorgées de lait et de champagne à l'eau. Quatre centigrammes d'opium en deux pillules.

Le 5e jour, selle copieuse, sous l'influence d'un lavement avec glycérine.

Le 6e jour, pansement, plaie en très bon état; renouvellement des mèches iodoformées, très diminuées de volume.

Le 10e jour, nouveau pansement; suppression des mèches qu'on ne pourrait pas réintroduire. Ablation des points de suture. Depuis le 5e jour, plusieurs selles naturelles et faciles. Très bon état.

Le 10 juillet, 13e jour depuis l'opération, guérison complète. Ouate et bandage de corps par précaution.

Le 25 juillet, guérison absolument confirmée.

I

Telle est l'histoire de mes deux malades. Tous deux étaient porteurs de cette variété de fistules connues sous le nom de fistules *pyo-stercorales* ou fistules *stercoro-purulentes,* peu importe la dénomination; je dis généralement pyo-stercorales, parce que le mot sonne mieux et est plus court.

Je ne reviendrai pas sur le premier de ces malades. C'est au sujet du second que j'ai quelques considérations à vous présenter.

Ce cas d'intervention heureuse pour une fistule pyo-stercorale est, à ma connaissance, le cinquième qui existe dans la science. Deux autres appartiennent à Riedel, le troisième à Julliard, le quatrième à notre collègue Horteloup.

Julliard, le premier en date, ouvrit la cavité abdominale au-dessus et au-dessous de la fistule par deux incisions parallèles que joignait une troisième incision, passant par le trajet et ouvrant le foyer : « Je commençai, dit-il, par séparer la masse intestinale des parois abdominales. Ce temps de l'opération fut très difficile et très long : l'intestin, dont les parois étaient épaissies, adhérait très fortement aux parois de l'abdomen, et il me fallut le disséquer pour arriver à le détacher. »

Bien que la masse adhérente fût petite, cette dissection constitua le temps le plus pénible de l'opération. L'intestin libéré, Julliard l'attira au dehors, en sutura la perforation, le lava, le réduisit et ferma, après grattage du trajet, la plaie abdominale par une double suture au catgut, du péritoine, d'une part, de la

peau, d'autre part. La malade guérit après réunion par première intention [1].

Un procédé analogue réussit à Riedel dans deux cas [2]. Dans le premier, il détacha complètement l'intestin des parois du ventre, l'attira au dehors, sutura les perforations par adossement des séreuses et réduisit.

Dans le deuxième, une première intervention avait été suivie d'insuccès, et ce n'est qu'après avoir séparé l'intestin de la paroi de l'abcès, que Riedel put le suturer et guérir son malade.

Cette même année, M. Horteloup a publié un cas analogue. Après diverses tentatives insuffisantes et infructueuses, il eut enfin recours à la méthode radicale; il détacha l'intestin, l'attira au dehors, en fit la suture, réduisit et guérit son malade [3].

Ces faits ne sont pas les seuls où l'on ait tenté la cure chirurgicale des fistules pyo-stercorales. Quelques recherches bibliographiques m'ont permis de réunir dix-sept observations de cas analogues. Leur étude comparative m'a amené à reconnaître qu'en général on était mal fixé sur la thérapeutique de ces fistules. Il m'a paru, de plus, évident que, si les opinions à ce sujet étaient très variées, c'est qu'on n'avait pas analysé avec assez de soin les observations publiées.

De l'enquête à laquelle je me suis livré, il ressort pour moi que l'on peut établir plusieurs catégories de fistules pyo-stercorales et que les indications et les possibilités thérapeutiques sont loin d'être les mêmes dans tous les cas.

Les unes sont consécutives à de multiples et vastes collections purulentes, et accompagnées de masses adhérentes considérables; celles-ci fixent l'anse malade, souvent même relient à la paroi les anses intestinales voisines, constituant ainsi un véritable gâteau induré, une masse confuse et solide, dont il faut tenir grand compte pour le pronostic opératoire.

C'est ce que l'on observe, par exemple, à la suite d'inflammations péri-utérines [4] étendues dont le processus suppuratif a été très abondant.

En pareil cas, toute thérapeutique échoue. Quoi qu'on fasse, il

[1] JULLIARD, Fistule pyo-stercorale, laparotomie et suture de l'intestin (*Rev. med. de la Suisse Romande*, 1881, t. I, p. 214).

[2] RIEDEL, Traitement des fistules pyo-stercorales (*Centralbl. f. Chir.*, 1883, anal. in *Rev. Hayem*, 1884, p. 321).

[3] HORTELOUP, *Congrès français de Chirurgie*, séance du 16 mars 1888.

[4] Plus souvent qu'on ne le pense ces suppurations péri-utérines donnent lieu à des fistules stercorales. Il en existe une observation due à Gillette, dans la thèse de Guyot (GUYOT, Contribution à l'étude des fistules stercoro-purulentes, *Thèse de Paris*, 1884-85, n° 20) et une due à M. Th. Anger, dans

reste une tumeur dure, énorme, solidement adhérente, en présence de laquelle on est désarmé.

Même impuissance encore, bien souvent, à l'égard des fistules pyo-stercorales ombilicales, dont les trajets longs, sinueux, détournés, opposeront à l'intervention chirurgicale des obstacles qui peuvent être insurmontables. Ces fistules exposent en outre à des complications dangereuses, si l'on tente de parcourir les voies irrégulières qu'elles se sont creusées à travers les organes.

La multiplicité des ouvertures de l'intestin peut être encore la source des plus sérieuses difficultés opératoires. En règle générale, on le sait, la fistule cutanée spontanément produite est unique. Il n'en est pas de même des orifices profonds qui mettent en communication la cavité de l'abcès avec celle de l'intestin. De ce côté, on trouve trop souvent des orifices multiples. Sur 11 autopsies, Blin a vu 4 fois les orifices de communication avec l'intestin doubles ou multiples. Ces orifices ont des dimensions variables. Tantôt, se sont de simples pertuis, difficiles à voir, quelquefois même introuvables au fond d'une plaie; tantôt il s'agit de pertes de substances étendues, comme dans un cas de Chandelux, jusqu'à mesurer les dimensions d'une pièce de cinq francs.

La recherche de ces perforations intestinales est difficile. Le foyer suppurant est de dimensions variables; il a des parois épaisses, creusées parfois de petits abcès interstitiels qui laissent, après ouverture, dans la cavité principale, des anfractuosités, des diverticules. Plusieurs fois il est arrivé qu'on a avivé et suturé l'orifice d'un de ces diverticules, croyant fermer une perforation intestinale, ce qui a déterminé l'apparition rapide de phénomènes de rétention.

En faisant état de ces différentes dispositions, on voit que le pronostic est grave et que l'opération doit présenter de grandes difficultés et de redoutables incertitudes.

Dans quelles conditions l'intervention est-elle possible? Comment doit-elle être conduite? C'est ce que je vais essayer de préciser en quelques mots.

Une indication domine évidemment toute la thérapeutique : *clore par la suture l'orifice intestinal.* En cas de succès, la guérison est complète, absolue, définitive. C'est ce qu'ont fait Julliard,

celle de Delain-Rivière (DELAIN-RIVIÈRE, Contribution à l'étude des fistules stercoro-purulentes, étiologie et traitement, *Thèse de Paris*, 1882-83, n° 6, p. 15). On en trouve encore un certain nombre d'autres, lorsqu'au lieu de se fier aux titres des tableaux statistiques, on lit les observations. Dans les 31 cas d'abcès de la fosse iliaque relevés par Blin (BLIN, *loc. cit.*), il y a : des péri-typhlites, qui ne sont pas là à leur place et des abcès puerpéraux, des abcès péri-utérins propagés, qui ne sont même pas mentionnés comme tels dans le résumé général.

Riedel, Horteloup, dans les observations que je vous ai citées, et moi-même.

Il s'agit là évidemment d'un procédé de choix. Malheureusement, lorsqu'existeront les conditions anatomiques défavorables dont je vous parlais tout à l'heure — étendue des adhérences, multiplicité et profondeur des perforations, présence de diverticules qui trompent le chirurgien — il n'est pas applicable. Pour que cette méthode, qui, théoriquement, est la seule vraie, soit réalisable, il faut : 1° une *fistule intestinale unique*; 2° des *adhérences peu étendues*.

J'insiste sur ce dernier point. Si l'intestin n'a pas été *complètement libéré*, les sutures échouent.

Une observation des plus intéressantes de Velpeau [1] le démontre. Il s'ingénia à tenter l'occlusion d'une fistule intestinale par toutes sortes de moyens ; il employa la suture, le bouchon de peau, le bouchon de muqueuse (en réalité de membrane granuleuse) ; tout échoua. C'est qu'à aucun moment il ne sépara entièrement l'intestin, le libérant avec son péritoine.

On retrouve le même échec de la suture dans une observation de Fontan [2], qui, lui aussi, ne libéra pas l'intestin. Il réussit chez son malade après trois opérations. Dans la dernière il avait ouvert le péritoine, et, pour boucher la brèche faite à celui-ci, il y avait introduit un morceau de gentiane ; ce dernier comprimant l'orifice fistuleux en avait amené la cicatrisation.

Même échec et même cause dans la première tentative de Riedel.

On ne saurait donc trop le redire : *l'échec de la suture est certain, tant que l'intestin n'est pas entièrement libéré*. Par conséquent tenter la suture sans libérer l'intestin constitue une opération inutile. Bien plus, c'est une opération qui peut être dangereuse ; M. Bouilly [3] vous a, il y a trois ans, rapporté l'histoire d'une petite malade de mon service qui succomba à la suite d'une tentative de ce genre.

La libération de l'intestin sera donc toujours un temps absolument nécessaire de l'opération ; ce n'est que si l'on parvient à satisfaire à cette condition que la suture intestinale pourra et devra être entreprise. Je ne puis admettre, en effet, que pour une lésion, parfois assez bénigne, sur un malade qui présente les

[1] VELPEAU, Des anus contre nature dépourvus d'éperon (*Journ. hebd. des sc. méd.*, Paris, 1836, p. 37).

[2] FONTAN, Rapport de M. Nepveu (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1884).

[3] BOUILLY, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1885, t. XI, p. 115.

apparences de la santé, on tente une intervention, qui, si elle est inopportune, expose à la mort. Je ne crois pas que ce soit là de la bonne chirurgie.

Si la suture intestinale est impossible, sera-t-on, au reste, absolument sans ressources vis-à-vis d'une fistule pyo-stercorale ? Je suis loin de le prétendre.

Les petites thérapeutiques, *portant uniquement sur l'abcès*, semblent n'amener aucun changement réel. Certes les incisions, le drainage, les lavages sont parfois utiles ; mais, dans les cas anciens, on n'arrive en général qu'à peu de résultats ; jamais on n'a vu de malades guérir par ces seuls moyens.

Deux femmes traitées par Gillette, de cette façon, sont mortes. Dans un autre cas, dû à M. Th. Anger, et rapporté dans la thèse de Delair-Rivière, il y eut une légère amélioration ; de même dans un quatrième cas traité par Paulet [1].

Mais que sont ces améliorations ? Quelle durée ont-elles présentée ? En quoi consistaient-elles ? Les observations publiées ne nous renseignent que médiocrement sur ces points. Aussi ne croyons-nous qu'à des améliorations relatives. Dans le cas de Paulet, cependant, il est dit que le malade allait bien, montait à cheval ; mais il était condamné à porter à perpétuité un appareil au niveau de sa fistule.

Les résultats sont meilleurs, si l'on *modifie* largement le foyer de l'abcès et son infundibulum.

M. Verneuil [2], qui est le grand défenseur de la méthode, a publié quatre cas traités de cette façon. En ouvrant largement, en cautérisant toute la cavité de l'abcès et ses diverticules, on provoque une détersion facile, un bourgeonnement et une rétraction cicatricielle, qui peuvent amener la guérison. Deux des malades de M. Verneuil ont, en effet, guéri ; mais un troisième n'a été qu'un peu amélioré ; le quatrième a guéri momentanément, a récidivé, puis est mort.

M. Duplay [3], deux fois, par une ouverture large du foyer au thermo-cautère, a obtenu la guérison.

Mais, je le répète, toutes les fois que ce sera en notre pouvoir, il vaut mieux faire appel à l'entérorraphie, soit primitive, soit secondaire, qui donne une guérison à la fois parfaite et plus rapide.

[1] PAULET, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.* Paris, 1874.
[2] VERNEUIL, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* Paris, 1874.
[3] DUPLAY, *Ibid.*, 25 février 1885.

III. — *Résumé et Conclusions.*

Les enseignements qui me paraissent ressortir des considérations qui précèdent peuvent être rapidement résumés :

1° Il faut tenir en grande défiance les fistules pyo-stercorales ombilicales et celles qui résultent de suppurations parties des organes génitaux de la femme. Les premières ont souvent un trajet long et compliqué ; les secondes comportent des adhérences profondes et étendues, dangereuses à aborder et rebelles aux diverses méthodes thérapeutiques. La recherche de l'histoire et des causes de la maladie a donc une importance majeure au point de vue du pronostic opératoire.

2° Jamais, à notre connaissance, aucun chirurgien n'a réussi à guérir une fistule pyo-stercorale par la suture des bords de l'orifice fistuleux profond. Tous les succès que nous avons fait connaître (Julliard, Riedel (deux cas), Horteloup et moi ; en tout cinq faits), ont été obtenus par la libération de l'intestin et l'entérorraphie consécutive ; libération doit être entendu dans le sens d'intestin recouvert de péritoine et libre de toute adhérence. C'est seulement dans cet état que la suture intestinale sera suivie de la guérison ;

3° On peut donc dire que, chaque fois que l'intestin pourra être libéré sans grands délabrements, c'est l'entérorraphie qui sera indiquée, parce qu'aucune autre méthode ne lui est comparable comme certitude et comme rapidité de guérison ;

4° Mais cette libération n'est pas toujours possible ; elle est parfois dangereuse. On ne s'y aventurera qu'après examen direct des parties.

5° En conséquence, voici la règle qui nous paraît concilier la prudence et l'efficacité dans la thérapeutique :

Dès que le diagnostic de fistule pyo-stercorale est établi, il y a lieu d'ouvrir largement la cavité de l'abcès, de la nettoyer, de la désinfecter dans toute son étendue.

Si alors on reconnaît que la fistule intestinale est unique, accessible, qu'elle ouvre dans un intestin non déformé ; qu'elle n'est pas entourée de masses volumineuses ou de gâteaux d'adhérences, on pourra, séance tenante, procéder à la dissection des bords muqueux de la fistule, à l'ouverture du ventre et à la suite de l'opération : intestin amené au dehors, suturé, réduit ; paroi abdominale suturée.

On aura donc soin de tout disposer avant l'opération, en vue d'une laparotomie possible.

Si, au contraire, après avoir ouvert l'abcès, on ne reconnaît pas aisément l'orifice intestinal, s'il est profond, difficile à aborder,

s'il existe plusieurs orifices distincts, s'il y a autour ou à côté de l'intestin des masses indurées, si pour un motif quelconque, pourvu qu'il soit réel, on croit que l'intestin ne pourra pas être libéré, il faut renoncer à l'entérorraphie au moins provisoirement et se borner à modifier par la cautérisation ignée les parois de l'abcès et à provoquer ainsi leur rétraction cicatricielle.

Certains de ces obstacles pourront disparaître par la suite : l'orifice intestinal deviendra plus abordable ; l'induration aura diminué ou sera reconnue moins considérable. Il sera temps alors de faire secondairement l'entérroraphie.

Lorsqu'au contraire toutes les difficultés du premier moment persisteront : fistules multiples, anfractueuses, adhérences profondes et larges, l'entérorraphie sera inexécutable et devra être définitivement rejetée. On n'aura plus d'autre ressource que de poursuivre la guérison par la cautérisation de la cavité de l'abcès et des bords de la fistule. C'est une méthode incertaine, mais elle a donné des succès à M. Verneuil et à M. Duplay. Tout espoir de guérison ne sera donc pas perdu ; au moins l'infirmité sera-t-elle rendue moins grave et moins gênante. Il n'est pas douteux que ce résultat vaudra mieux que l'issue funeste à laquelle s'exposerait le chirurgien en persistant à faire une opération contre-indiquée dans ces conditions spéciales.

En somme, le traitement curatif des fistules pyo-stercorales est soumis à la connaissance et à la recherche des conditions anatomiques variables que peuvent présenter ces lésions.

Cette connaissance permet de choisir, pour chaque cas, la meilleure méthode thérapeutique, c'est-à-dire, pour tous ceux qui la comportent, la méthode radicale de l'entérorraphie.

Il y a lieu de croire que les applications en seront à la fois plus mesurées et plus nombreuses que par le passé.

Discussion.

M. Tillaux. Je demanderai à M. Trélat une explication sur un point de sa communication. Il me semble avoir compris que, dans la suture à deux étages qu'il a pratiquée sur l'intestin, un des points de suture passait sur la muqueuse. Cela est contraire à ce que nous enseignons et pratiquons tous ; il paraît universellement admis que l'on doit se garder avec soin de jamais mettre les fils en contact avec la cavité intestinale. C'est le propre de la suture de Lembert, dans laquelle l'aiguille glisse sous la séreuse, sans traverser la muqueuse. Que si, la suture appliquée, on reconnaît que la ligne de réunion faiblit quelque part, on ajoute quelques

points superficiels, mais qui restent eux aussi en dehors de la muqueuse.

En somme M. Trélat a fait passer ses fils profonds dans la muqueuse. Je dirai qu'il a réussi bien qu'il ait agi de la sorte, mais non parce qu'il a pris ce parti.

M. Trélat. Je m'étais jusqu'ici conformé à la pratique adoptée par M. Tillaux et qui est classique. Je rappelais, dans la dernière séance, que j'ai eu dix fois l'occasion de faire des sutures intestinales, et toujours je me suis contenté de fils placés à la façon de Lembert, dans les couches superficielles de l'intestin à l'exclusion de la muqueuse.

Si, dans ce dernier cas, j'en ai agi autrement, si j'ai commencé par placer quelques points sur la muqueuse, c'est pour des raisons toutes spéciales, tenant à la disposition des parties. Je me trouvais en présence d'un orifice assez grand, admettant facilement les deux doigts, arrondi et de plus irrégulier; le rapprochement des bords péritonéaux de cette ouverture ne me paraissait pas devoir se bien faire en l'état. Les fils placés sur la muqueuse n'avaient d'autre objet que de changer, en la régularisant, la forme de cet orifice, de le ramener à une forme ordinaire favorable à la bonne application de la suture Lembert. C'est donc là une pratique qui m'a été imposée dans ce cas particulier, mais que je ne défends pas en thèse générale et à laquelle je ne tiens pas autrement.

M. Routier. Je veux seulement rappeler, à l'appui de certaines recommandations faites par M. Trélat, que, dans un cas personnel, j'ai eu occasion d'appliquer, comme lui, un traitement préparatoire dont je me suis bien trouvé. C'était chez le malade dont M. Horteloup a communiqué l'histoire au dernier Congrès de chirurgie. Cet homme que je trouvai dans le service de mon collègue à la Maison de santé, lorsque je fus appelé l'an dernier à le remplacer, portait dans le flanc un énorme trou de 14 centimètres de long au fond duquel on apercevait l'intestin ouvert sur une longueur égale. Tout autour s'étaient formés de nombreux abcès.

Mon premier soin fut, comme M. Trélat le fit chez sa malade, d'ouvrir ces abcès, de les vider, et de mettre toutes les parties périphériques dans le meilleur état possible. Alors seulement, j'entrepris la fermeture de la plaie intestinale, et encore n'osai-je fermer du coup toute la brèche. Je me contentai d'une entérorraphie partielle portant sur 12 centimètres d'intestin. Je dus alors quitter le service et laisser à M. Horteloup le soin d'achever la guérison, qu'il a si heureusement menée à bien.

Communication.

Fibrome volumineux de la paroi abdominale,

Par M. A. Marchand.

Les observations de fibromes de la paroi antéro-latérale de l'abdomen sont fréquentes. J'ai cru devoir, cependant, appeler l'attention sur celle qui va suivre, en raison des particularités anatomo-pathologiques qu'elle présente et dont on ne trouve que peu d'exemples.

Observation. — Femme de 28 ans, mariée à 17 ans, a eu quatre enfants, tous élevés par elle et bien portants. Rien à noter du côté de ses ascendants ou de ses antécédents pathologiques. De complexion moyenne, elle a toujours joui d'une excellente santé.

Il y a vingt-sept mois, tout à fait au début de sa dernière grossesse, elle s'est aperçue pour la première fois qu'elle portait dans l'hypochondre gauche une petite grosseur du volume d'une noisette. Très dure, très mobile à ce moment, celle-ci siégeait exactement un peu au-dessous et en dedans des dernières fausses côtes, entre l'extrémité interne de ces dernières et le bord externe de l'extrémité supérieure du grand droit. Habituellement indolente, elle devenait parfois le siège d'élancements douloureux. A la fin de la grossesse, elle avait le volume du poing. Pendant l'allaitement, qui dura quinze mois, l'accroissement fut très rapide, puisqu'elle avait à cette époque à peu près les mêmes dimensions qu'aujourd'hui. Cette marche rapide du néoplasme s'est accompagnée, du reste, d'un amaigrissement notable, puis de sensations pénibles d'étouffement, survenant aussitôt que l'estomac était distendu par des aliments. Parfois aussi la malade éprouvait des coliques très fortes, revenant sans cause déterminante bien nette, et qu'elle attribuait à la tumeur.

Aujourd'hui, la moitié gauche de la paroi abdominale est occupée par une tumeur qui s'étend, en hauteur, de l'extrémité interne des fausses côtes, à une faible distance de l'arcade crurale, dont elle est nettement distincte. Sa forme est celle d'un ovoïde régulier qui mesure verticalement 30 centimètres. En dedans, la ligne blanche est débordée de trois travers de doigt environ; en dehors, elle se confond avec la paroi abdominale et est limitée par une ligne qui rejoindrait le bord antérieur de l'aisselle. La consistance est partout d'une dureté caractéristique. Latéralement, il est possible de la déplacer, mais on sent fort bien que la paroi abdominale, en dedans et en dehors, suit ses mouvements. Pendant la contraction des muscles de l'enceinte abdominale, elle est entièrement immobilisée; son relief devient moins considérable; la rigidité des plans musculo-aponévrotiques, pendant la contraction, se confond, sans ligne de démarcation, avec la tumeur

elle-même. Le diamètre transversal est de 28 centimètres, sur la partie la plus large.

La peau est partout libre et a son épaisseur normale; mais elle est parcourue par un lacis veineux extrêmement riche, qui, par endroits, forme de véritables plexus variqueux. De gros troncs veineux flexueux naissent de ces plexus et rampent dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région. J'insiste sur ce développement veineux anormal, car je ne l'ai point observé dans deux autres tumeurs du même genre que j'ai eu l'occasion de voir, et je ne le trouve signalé dans aucune des relations que j'ai pu compulser. Il me semblait bien en rapport, du reste, avec la vitalité considérable de cette tumeur, dont l'évolution s'était faite si rapidement. Il me fit penser en outre à l'éventualité d'une modification dans la structure anatomique du fibrome, que l'examen histologique n'a pas justifié, du reste.

Le diagnostic n'offrait donc, en réalité, aucune difficulté. Des mouvements de latéralité, aussi étendus que possible, pendant le toucher vaginal, n'imprimaient aucun déplacement aux organes abdominaux et permettait de conclure que, de ce côté tout au moins, il n'existait aucune de ces adhérences qui ont été signalées dans quelques cas. Je dois ajouter, pour terminer, que, malgré son amaigrissement, la malade avait conservé de l'appétit, et que, depuis le sevrage, elle a été déjà deux fois réglée.

Je procédai à l'extirpation de cette tumeur le 1er juillet, assisté de mon collègue Ch. Monod.

Je fis une incision de la peau suivant le diamètre vertical de la tumeur, en procédant avec une lenteur qui permettait de pincer avant leur division les veines sous-cutanées nombreuses et dilatées, signalées plus haut. L'aponévrose du grand oblique était tellement distendue et amincie qu'elle faisait corps avec la tumeur et ne pouvait en être séparée. Celle-ci, mise à nu, était constituée par une masse très ferme, adhérente de toutes parts et émettant du sang par une infinité de pertuis correspondant à l'ouverture de grosses veinules qui mettaient en communication directe le lacis veineux sous-cutané avec le réseau excessivement riche qui sillonnait le tissu pathologique.

Je commençai par dégager la tumeur en dehors et en bas. Je dus sectionner des adhérences fibro-musculaires très résistantes de ce côté, mais qui n'intéressèrent que que quelques artères médiocrement volumineuses. En bas, ce qui restait du grand droit fut divisé, y compris l'artère épigastrique. En dedans, du côté de la ligne blanche, la tumeur adhérait très fortement. La dissection, de ce côté, fut des plus pénibles.

Dans le voisinage de l'ombilic, elle s'accompagna tout d'un coup d'une hémorrhagie formidable. Dans le sinus, en effet, creusé entre les téguments et la tumeur, je vis sourdre tout d'un coup deux à trois énormes jets de sang veineux. Je fendis transversalement la paroi abdominale à ce niveau, afin de rendre plus facilement accessible le siège de l'hémorrhagie ; en même temps que des éponges étaient fortement tassées entre la tumeur et les téguments. J'avais tenté d'appli-

quer des pinces à forcipressure sur les grosses veines divisées, sans pouvoir y parvenir ; les tissus friables qu'elles embrassaient cédaient sous leur effort, et l'hémorrhagie reparaissait de plus belle. Je dois ajouter que la compression avec de larges éponges me rendit les plus grands services dans cette circonstance, en oblitérant ces énormes vaisseaux pendant le reste de l'opération.

Profondément, la tumeur était en rapport immédiat avec le péritoine. Fort heureusement que le tissu pathologique put être séparé de cette membrane presque partout sans de trop grandes difficultés. En deux points seulement, et vers la partie supérieure, la séreuse fut divisée par une déchirure d'environ 8 centimètres dans un point et de 4 à 5 dans l'autre. La tumeur était ainsi libérée en dehors, en bas et en arrière. Elle adhérait encore en haut, vers les fausses côtes, et en dedans du côté qui, précisément, avait fourni l'hémorrhagie veineuse. Une pince à clamp fut passée sous les adhérences supérieures constituées par la partie supérieure du grand droit très aminci et des tractus fibreux résistants. L'artère épigastrique fut de nouveau divisée et liée.

La tumeur n'adhérait plus, en somme, que par son bord interne. Je retirai les éponges et constatai que l'hémorrhagie avait cessé presque complètement. Quelques coups de ciseaux suffirent à libérer entièrement la masse pathologique. Il restait une vraie cavité traumatique constituée supérieurement par la peau et des débris musculo-aponévrotiques amincis, en dehors par la section quelque peu irrégulière des muscles larges de l'abdomen, en haut et en bas par les deux tronçons provenant de la section du grand droit, en dedans, par la ligne blanche ou, mieux, par la fusion des divers plans aponévrotiques plus ou moins déformés. Profondément, enfin, le péritoine pariétal présentait les deux solutions de continuité indiquées plus haut et recouvrait la masse intestinale, l'estomac, le lobe gauche du foie, tous très faciles à reconnaître au travers de la séreuse dénudée.

Une dizaine de ligatures furent appliquées sur les artères oblitérées provisoirement par les pinces, une suture en surjet au catgut fin ferma les divisions du péritoine après que je me fus assuré préalablement que sa cavité avait été débarrassée d'une très légère quantité de sang. Je drainai latéralement cette vaste cavité traumatique en introduisant deux drains, un supérieur, un inférieur, qui sortaient par deux piqûres que j'avais pratiquées tout à fait latéralement au travers de la paroi abdominale. Je fis une suture profonde au fil d'argent qui adossait aussi largement que possible les surfaces sanglantes. L'incision transversale avait été affrontée avec du crin de Florence qui me servit à faire un grand nombre de points superficiels affrontant aussi exactement que possible la surface de section de la peau.

Je donnerai ultérieurement l'observation des phénomènes présentés par la malade pendant la réparation de cette vaste perte de substance.

La tumeur représentait une volumineuse masse très dure dont j'ai donné plus haut les dimensions. Elle pesait 2^{kil},430. Sa forme ovoïde n'était légèrement altérée que par un lobule du volume d'une grosse pomme, qui faisait saillie à l'extrémité inférieure de la

masse, qu'il débordait. La surface présentait des lambeaux excessivement adhérents de l'aponévrose abdominale et quelques faisceaux très aplatis, très amincis, comme laminés, du muscle grand droit. Quatre gros troncs veineux, à paroi d'une minceur telle que celle-ci était d'une transparence parfaite, rampaient et se divisaient dans des dépressions en forme de sillons peu profonds. Ces veines étaient absolument adhérentes au tissu pathologique et figuraient des sinus dont une paroi eût été libre.

Le tissu, au point de vue macroscopique, était blanchâtre, très résistant, difficile à sectionner. La masse avait une structure identique dans toute son épaisseur. Nulle part de point ramolli ou altéré, ou offrant une résistance moindre. On voyait sur la surface de section une infinie quantité d'ouvertures très fines, béantes, qui faisaient ressembler le tissu, par endroits, à de la moelle de jonc. Ces pertuis correspondent, à n'en pas douter, à la section du réseau veineux excessivement riche qui sillonne le tissu de la tumeur. Examinée au point de vue histologique dans le laboratoire du Collège de France, le tissu dans toutes les parties de la tumeur, a été reconnu pour du fibrome pur avec développement exagéré des vaisseaux. Nulle part la moindre dégénérescence sarcomateuse.

Les suites de l'opération furent relativement simples. La malade eut, pendant les sept premiers jours, une température qui oscilla de 37 à 38°,4. Le huitième jour elle était redevenue normale et elle resta telle jusqu'à la guérison, qui aujourd'hui est complète.

J'ai dû ouvrir deux abcès de peu d'importance développés sur le trajet de deux sutures profondes. La réunion, du reste, s'est faite dans toute l'étendue de la plaie par première intention.

Présentation de pièces et d'instruments.

1° *Ossification du grand surtout ligamenteux de la colonne vertébrale.*

M. Richelot. Le Dr Closmadeuc (de Vannes), m'a prié de vous montrer cette pièce d'anatomie pathologique. C'est la colonne vertébrale d'un squelette extrait d'une sépulture qui remonte peut-être au xiie siècle, et découverte récemment dans les ruines d'une chapelle dépendant de l'ancienne abbaye de Lauvaux (Morbihan).

Le squelette est celui d'un homme ayant dépassé l'âge adulte, haut de taille et vigoureux.

Une longue production osseuse s'étale en avant des corps ve - tébraux, sur une longueur de près de 13 centimètres, et soude entre elles cinq vertèbres dorsales. M. Closmadeuc se demande sous quelle influence a pu se développer cette sorte d'exostose.

S'agit-il de la syphilis? Le sujet auquel ont appartenu ces os était un religieux de l'ordre de Cîteaux; mais

La garde qui veille aux barrières du Louvre
N'en défend pas nos rois.

Notre confrère serait heureux d'avoir l'avis de la Société de chirurgie.

Discussion.

M. KIRMISSON estime qu'il n'y a pas lieu de songer en ce cas à une lésion d'origine syphilitique; tout le monde connaît ces exostoses survenant chez les vieillards sous la seule influence de l'âge.

M. TILLAUX croit qu'il ne faut voir dans ce fait qu'une ossification du grand surtout ligamenteux de la colonne vertébrale. La preuve en est que l'on retrouve très nettement sur la pièce la forme caractéristique de ce surtout.

M. QUÉNU dit que cette lésion ne mérite même pas le nom d'exostose : c'est une simple ossification du tissu fibreux.

M. TERRIER rappelle que des lésions de cet ordre sont fréquentes chez les vieux chevaux.

2° *Énorme lipome sous-aponévrotique chez un enfant de deux ans.*

M. QUÉNU présente un lipome du poids de 915 grammes enlevé par lui dans le service de M. Terrier, à l'hôpital Bichat, chez un enfant de deux ans.

Cette tumeur est divisée en lobes multiples et parcourue par de nombreux vaisseaux ; on remarque en particulier une artère qui se détachait de l'axillaire et qui a le volume d'une humérale d'enfant. Ce lipome occupait les régions axillaire et brachiale du côté gauche ; engainé dans l'aponévrose d'enveloppe du membre, il s'étendait depuis le mamelon jusqu'au coude. Il est à noter que les lobules graisseux ont les caractères du tissu adipeux de l'enfant.

La tumeur paraît avoir débuté à l'âge de deux mois sur le bras gauche ; au mois de mai 1887, on m'apporta l'enfant (alors âgée de dix mois) au dispensaire Pereire : je constatai l'existence d'une tumeur bosselée, fluctuante, occupant l'aisselle et la racine du bras. Une ponction fut pratiquée et ne donna issue à aucun liquide. Le diagnostic de lipome profond fut porté, mais l'opération fut refusée par les parents. On me ramène la petite fille (Alice Legall) en juillet 1888. La tumeur a doublé de volume, la peau est distendue, parcourue par de grosses veines, le bras ne peut être rapproché du tronc; je décidai les parents à faire admettre l'enfant à l'hôpital Bichat, où l'opération

fut pratiquée le 24 juillet. Une incision faite sur la face interne du bras est prolongée sur le thorax. L'aponévrose incisée, j'ai pu facilement décoller les différents lobes et lobules de l'aponévrose, mais non sans placer bon nombre de pinces à forcipressure. En outre, la tumeur avait, en avant, soulevé et dissocié les troncs nerveux du plexus brachial, et je fus obligé de dégager trois de ces troncs des sillons interlobulaires où ils étaient engagés ; la tumeur isolée restait encore adhérente par une sorte de pédicule vasculaire; à ce niveau une grosse artère qui semblait, par son volume, la continuation de l'axillaire, s'enfonçait dans la tumeur ; on la sectionna entre deux pinces. En somme, l'extirpation fut assez laborieuse et nécessita l'application de vingt ou vingt-cinq pinces, la ligature de grosses veines et d'artères assez volumineuses. L'opération, faite sous le chloroforme, ne dura pas moins de vingt à vingt-cinq minutes. J'ai revu la petite malade ultérieurement. La guérison s'est faite tout simplement. Seulement trois semaines après l'opération, les extenseurs de la main sur l'avant-bras ont présenté un degré assez marqué de paralysie. (Ces nerfs qui avaient été isolés ont été propablement le siège d'un peu de névrite). Cette paralysie a cédé à une électrisation faite pendant quinze jours.

Les lipomes paraissent rares chez les enfants, rares surtout sont ceux qui atteignent un tel volume. Il est remarquable que ces tumeurs soient si riches en vaisseaux. M. Périer, à qui j'avais montré la petite malade, m'avait dit: Méfiez-vous et munissez-vous de pinces à pression. Il avait, en effet, observé deux cas de lipomes chez l'enfant, et dans les deux cas la vascularisation l'avait frappé. M. Périer a bien voulu m'envoyer une note sur l'un de ces cas.

Il s'agissait d'une petite fille âgée de seize mois et portant au-dessous de la pointe de l'omoplate gauche une tumeur grosse comme une pomme; cette tumeur s'était développée peu après la naissance, et ressemblait alors à une petite bille. M. Périer, qui remplaçait alors M. Marjolin à l'hôpital Sainte-Eugénie, diagnostiqua un lipome et en pratiqua l'ablation. Il dut disséquer profondément sous l'omoplate et lier un très grand nombre de vaisseaux. La guérison fut rapide, et l'enfant est devenue une grande jeune fille aujourd'hui âgée de dix-huit ans.

3° *Instruments (bistouris, curettes, scie, etc.), à manches métalliques.*

M. Ch. Monod présente au nom de M. Wulfing-Lüer une collection d'instruments établis de façon à pouvoir supporter sans dommage la haute température (120° C.) nécessaire pour une désinfection complète.

Les manches de ces instruments sont en métal blanc estampé,

unis et lisses ; les lames sont solidement fixées sur ces manches par une soudure qui résiste à la haute température de la vapeur.

Les crochets, écarteurs, rugines et curettes pour gratter sont entièrement en acier.

Les manches, dont les contours ne s'éloignent pas de la forme habituelle, sont fenêtrés afin que le poids n'en soit pas augmenté.

La scie à résection, à feuillets tournants, est également toute construite en acier. Elle se démonte dans toutes ses parties et permet ainsi un nettoyage complet.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
CH. MONOD.

Séance du 3 octobre 1888.

Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le Ministre de l'instruction publique, informant la Société qu'il lui alloue cette année une somme de 500 francs ;

2° M. le Ministre transmet à la Société une ampliation du décret qui l'autorise à modifier l'article 5 de ses statuts ;

3° M. le Préfet de la Seine transmet, de son côté, une ampliation de ce décret ;

4° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

5° M. le Ministre de l'instruction publique transmet le programme du Congrès des Sociétés savantes pour l'année 1889 ;

6° Diverses brochures de chirurgie : *Luxation habituelle de la rotule ; électrolyse de la prostate ; anesthésie par l'éther,* par M. le Dr Roux (de Lausanne) ;

7° *Notes de chirurgie pratique,* par le Dr E. TACHARD, médecin en chef de l'hôtel des Invalides ;

8° *Pyosalpingite double ; laparotomie*, etc. ; *six cas de périnéorrhaphie*, par le Dr Fraipont, assistant à l'Université de Liège ;

9° *Rapport annuel* pour 1886 de la Commission géologique du Canada ;

10° *Transactions of the pathological Society of London*, tome XXXVII, 1886 ;

11° *Medico-chirurgical Transactions*, t. LXIX. London, 1886 ;

12° *Annual report of the Board of regents of the Smithsonian institution*, part II. Washington, 1886 ;

13° *Proceedings of the Royal medical and chirurgical Society of London*, avril-juin 1886 ;

14° *Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, tome VIII, 1887 ;

15° *Mémoire sur la table Féret pour les études scolaires*. Paris, 1888 ;

16° M. Magitot demande un congé jusqu'au 15 octobre pour raison de santé ;

17° *Contribution à l'étude de la blennorrhagie chronique chez l'homme*, par le professeur Hache (de Beyrouth) (Commissaire : M. Segond) ;

18° *Persistance des règles après l'ablation des deux ovaires*, par le Dr Macario (de Nice) (Commissaire : M. Monod) ;

19° — 1° *Carcinome du cou ; excision ; récidive ; deuxième opération avec résection de* 8 *centimètres de la carotide, jugulaire, nerfs vague et sympathique ; guérison.* — 2° *Gastro-entérostomie ; fixation de l'intestin à l'estomac avant l'ouverture des viscères*, etc., par le Dr Roux (de Lausanne) (Commissaire : M. Monod) ;

20° *Trois cas de névralgie rebelle du dentaire inférieur ; excision*, etc., par le professeur Léon Tripier (de Lyon) (Commissaire : M. Schwartz).

Rapport.

Fracture bi-malléolaire avec consolidation vicieuse par déviation du pied en dehors. Ostéotomie linéaire du péroné ; résection de l'extrémité inférieure du tibia ; guérison avec reconstitution de la mortaise tibio-tarsienne ; restitution des mouvements du pied et des fonctions du membre, par le Dr Charvot, médecin-major de 1re classe.

Rapport par M. Chauvel.

Il me suffirait presque d'avoir lu cet en-tête, véritable résumé

de l'observation qui nous a été envoyée par le Dr Charvot, pour vous mettre au courant du nouveau travail de notre confrère de l'armée. Cependant, même en ce résumé, il est un point que je ne puis laisser passer sans quelques remarques : c'est celui qui a trait au résultat de l'opération. Le blessé a été suivi pendant plus de dix-huit mois, et les renseignements fournis à cette date par le médecin qui l'examina étaient des plus favorables. Marche, équitation, station verticale, s'exécutaient sans douleur, sans trop de fatigue, avec une simple bottine lacée. L'atrophie du membre avait en grande partie disparu ; l'opéré commençait à faire exécuter au cou-de-pied des mouvements de flexion et d'extension ; les mouvements provoqués déterminaient quelques petits craquements.

Je ne voudrais pas paraître chercher objet à critiques dans le travail de M. Charvot, mon collègue en même temps que mon ami ; mais je tiens à signaler la dissemblance qui existe entre les résultats précités et la restitution des mouvements du pied inscrite dans le résumé de l'observation. Il ne faut pas dire, il ne faut pas écrire que, chez un homme de 42 ans, après la résection de 5 centimètres de l'épiphyse inférieure du tibia, si complètement qu'on ait ménagé le périoste, il peut y avoir une reconstitution de la mortaise tibio-tarsienne. Tous nous savons, pour les avoir vus, les bons résultats que donne, dans les fractures bi-malléolaires vicieusement consolidées, la section ou la résection du péroné, la résection du tibia avec conservation de la malléole externe et, si possible, de la malléole tibiale. Depuis les belles observations de M. Polaillon, les faits se sont multipliés ; on ne compte plus les succès aujourd'hui. Nous savons aussi qu'après cette opération on voit les mouvements de flexion et d'extension se reproduire dans l'articulation nouvelle du cou-de-pied ; mais nous n'ignorons pas que cette mobilité n'est jamais que relative, qu'elle suffit tout au plus pour atténuer ou supprimer la claudication et la gêne de la marche. Telles étaient les conditions chez l'opéré de M. Charvot, et le rétablissement à peu près complet des fonctions du membre en fait un remarquable succès.

Il s'agissait d'un Arabe de 42 ans, atteint de fracture bi-malléolaire datant de quatre mois et vicieusement consolidée. Soigné par un Tou-bib de la localité, il sortait de ses mains et de son appareil avec une vaste plaie sur la malléole interne et une telle déviation du pied en dehors que la face interne venait appuyer sur le sol. A l'entrée du blessé à l'hôpital, la consolidation était faite, le cal solide, on ne pouvait songer à un redressement manuel. Dans ces conditions, M. Charvot n'avait qu'une chose à faire, diviser le péroné et, si cette section ne permettait pas de ramener le pied en bonne position, enlever une partie de l'épiphyse tibiale. L'os-

téotomie linéaire du péroné au niveau de la fracture fut d'abord pratiquée ; le redressement complet demeurait impossible. Notre collègue se décida sur l'heure à réséquer le tibia, en ménageant le périoste avec soin et conservant la malléole interne séparée par la fracture de l'épiphyse tibiale et entraînée en bas et en dehors par le ligament latéral interne. Cinq centimètres de l'os furent enlevés, non sans difficulté, car il s'était hypertrophié et un peu sclérosé pendant la cicatrisation de la plaie faite par l'appareil primitif. Alors on put facilement ramener le pied dans son attitude normale. Malgré les précautions prises, il y eut un suintement sanguin assez considérable le soir et le lendemain de l'opération, un peu de fièvre les premiers jours. Le 5e jour, application d'un appareil plâtré. La suppuration persista longtemps, et la cicatrisation n'était complète qu'au bout de deux mois et demi. L'opéré resta plus de six mois encore à l'hôpital pour apprendre à se servir de sa jambe ; il fut muni d'une bottine haut lacée avec tiges métalliques de soutien. Au moment de sa sortie, M. Charvot constatait quelques petits mouvements de flexion et d'extension ; il lui semblait que la mortaise s'était reformée et les os, en totalité ou en partie, régénérés. Nous avons dit plus haut quelle réserve devait être apportée, suivant nous, dans l'appréciation de ces régénérations, presque toujours incomplètes, et d'habitude, chez les adultes, plus apparentes que réelles.

En terminant, notre collègue conclut à l'utilité de l'intervention opératoire dans les fractures bi-malléolaires anciennes vicieusement consolidées, avec perte des fonctions du membre. Il préconise la conduite qui lui a réussi dans le cas précédent : l'ostéotomie simple, transversale du péroné, complétée, s'il y a nécessité, par la résection sous-périostée de l'extrémité inférieure du tibia. La règle doit être, en effet, de ne faire que ce qui est indispensable pour obtenir le redressement du pied ; mais elle doit être aussi de faire tout ce qu'il faut pour que ce redressement soit complet, absolu. C'est au chirurgien de juger, dans chaque cas particulier, le mode d'intervention qui répond le mieux à ce but.

Messieurs, je vous propose d'adresser des remerciements à M. le Dr Charvot, de déposer son observation dans nos archives et de l'inscrire dans un rang honorable parmi les candidats au titre de correspondant national.

Discussion.

M. Terrillon. Je vous ai présenté, il y a quelques années, l'observation d'un malade chez lequel, pour corriger une déformation considérable résultant de la consolidation vicieuse d'une fracture

de l'extrémité inférieure de la jambe, je dus faire la section du plateau tibial. Le pied put être reporté en bonne position ; le résultat fut excellent ; mon malade, un officier, reprit sa vie active et ses fonctions.

J'ai eu, il y a deux ans, occasion de faire à nouveau une opération de ce genre. Ce cas, vous l'allez voir, rentre mieux encore dans la catégorie de ceux dont M. Chauvel vous a entretenus. La fracture, cette fois, ne datait que de trois mois et demi ; c'était une fracture de Dupuytren avec renversement considérable du pied en dehors. L'opération fut faite à une époque relativement rapprochée de celle de l'accident. Aussi pus-je me contenter d'une simple section transversale du péroné. Cela fait, il me fut facile, sans autre intervention sur le squelette, de redresser le membre. La guérison fut très rapide et le résultat fonctionnel parfait.

Ce fait m'a beaucoup frappé. Il vient absolument à l'appui des remarques de M. Chauvel. Il montre, comme l'a justement soutenu notre collègue, que, dans les cas de ce genre, il faut tout d'abord sectionner le péroné et voir si l'on ne peut, sans plus, corriger la déformation. On n'agira sur le tibia que si le redresssement obtenu paraît insuffisant.

Communication.

De la suture à distance.

Par M. Desprès.

Certaines fistules offrent au chirurgien des difficultés quelquefois insurmontables lorsque l'on veut en obtenir la guérison par avivement et suture. Les fistules de la trachée et les fistules uréthrales péniennes sont dans ce cas. Lorsque l'on compare la facilité que l'on a à fermer des fistules dans d'autres régions, on se demande d'où vient l'obstacle à la réunion. Certes, le degré de vascularisation des tissus y est pour beaucoup. On sait avec quelle facilité les opérations autoplastiques réussissent à la face ; mais il y a des régions moins vasculaires où la réunion réussit néanmoins très bien. Ce qu'il faut accuser, c'est, en première ligne, le peu d'épaisseur des tissus que l'on avive ; soit dans le cas de fistule trachéale, soit dans le cas de fistules de l'urèthre, la peau soudée à la muqueuse est très amincie, et lorsque l'on pratique un avivement, on agrandit inévitablement l'orifice fistuleux, et la suture manque parce que les tissus affrontés ne présentent pas encore une largeur suffisante.

Lorsque les Américains nous ont apporté en France leur mode d'avivement pour les fistules vésico-vaginales, cela nous a rendu un véritable service, car jadis nous n'avivions que les bords de la fistule, sans empiéter sur les tissus sains. Nous agrandissions encore la fistule et nous échouions. Certes, s'il était possible d'opérer les fistules de la trachée et de l'urèthre comme nous opérons aujourd'hui les fistules vésico-vaginales, un succès pourrait être obtenu dans presque tous les cas; mais on est toujours loin des conditions ordinaires des fistules vésico-vaginales. On verra, par l'observation du malade opéré d'une fistule de la trachée, qu'avant d'avoir eu recours à la suture à distance, j'ai employé la suture par le procédé américain, ce qui ne m'a pas empêché d'échouer.

Ce qui cause encore l'échec de la suture, c'est la mobilité de la région sur laquelle on opère. Les mouvements de déglutition, lorsqu'il s'agit d'une fistule de la trachée, ceux qui accompagnent la production de la voix, mobilisent sans cesse la plaie réunie, et rien ne peut la bien soutenir. La verge n'est pas moins mobile ; il y a soit des érections franches chez les jeunes sujets, soit des érections incomplètes chez les sujets plus âgés, et la suture est forcément tiraillée, par conséquent irritée, enflammée, et finalement ne réussit pas.

Voici trois observations où les procédés de suture à distance ont été employés, et où la réunion a été obtenue alors qu'elle avait été impossible avec les anciens procédés de suture.

Observation I (*résumée*)[1]. — *Fistule de la trachée. Suture à distance.*

Le 2 décembre 1876, première suture par le procédé américain dans les fistules vésico-vaginales. Cinq points de suture le 6e jour; le point central cède, la fistule rétrécie persiste. Les cautérisations, tentées pour faire refermer la suture, prolongées pendant cinq mois ne donnent aucun résultat. Le malade sort de l'hôpital. Il revient en octobre 1877, et, le 3 novembre, une deuxième opération est pratiquée; large avivement ; cinq points de suture, toujours la suture entortillée; le 3e jour, le point central manque encore. Alors la réunion par seconde intention est tentée, d'abord par la position fléchie de la tête maintenue dans cette position à l'aide d'un bandage employé pour les plaies du larynx. Dans cette position, l'air ne sortait pas par la fistule.

J'imaginai alors de faire de chaque côté de la fistule un pli assez épais avec la peau du cou, et je la rapprochai devant la fistule, qui se trouvait ainsi comprimée au fond de la plaie. Une épingle à suture

[1] Cette observation a déjà été publiée dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1877, p. 708.

traversa de part en part les deux plis de peau accolés l'un à l'autre, et un point de suture entortillée fut placé au-dessus. Ce point de suture a été laissé sept jours en place. (Je me hâte de dire qu'après l'expérience acquise, je ne le laisserais plus aujourd'hui que cinq jours.) Le 7e jour, la fistule était définitivement fermée, et le malade sortit de l'hôpital Cochin, quinze jours après, complètement guéri.

Qu'est-ce qui a donc agi dans ce cas? C'est sans contredit la compression exercée sur les bords de la plaie et son immobilisation par les plis de peau saine réunis au-devant de la fistule. Quoi que l'on en dise, l'irritation produite par le fil ou l'épingle, qui constituent la suture, jointe à l'irritation produite par les liquides et les gaz auxquels donne passage la fistule, nuit à la réunion, et dans la suture à distance que j'ai employée, les épingles placées loin de la fistule n'ont exercé aucune irritation de ses bords avivés, et cela a été assurément une condition de succès.

Voici comment j'ai formulé le procédé :

1° Avivement de la fistule dans toute l'étendue du trajet de la fistule, débridement en haut et en bas dans une étendue de 3 à 4 millimètres ;

2° Formation de deux plis verticaux à la peau de chaque côté de la fistule avivée comme il a été dit. On prend autant de peau que l'on peut pour faire le pli. On place une grosse épingle dans la partie épaisse du pli, et l'on fait un point de suture entortillée.

On enlève le point de suture du 5e au 7e jour.

On a essayé pour les *fistules péniennes* de l'urèthre bien des procédés. Il y a, en premier lieu, le procédé par décollement de la peau de la verge, figuré dans le *Traité de pathologie chirurgicale*, de Nélaton. Ce procédé ingénieux a rarement réussi, et si l'on parvient à fermer la fistule en accolant la peau séparée de la verge par sa face profonde, il reste une fistule en bas ou en haut, là où a passé le bistouri pour décoller la peau de la verge au niveau de la fistule.

Dans ces dernières années, on a appliqué à ces fistules le procédé de Thiersch, c'est-à-dire l'incision de deux lambeaux quadrilatères, à droite et à gauche de la fistule, dans une étendue de 2 à 3 centimètres au-dessus et au-dessous de la fistule ; on rabat sur la fistule le lambeau de droite de façon que sa face cutanée forme paroi de l'urèthre, et on ramène par glissement sur la face saignante de ce premier lambeau le deuxième lambeau, qui est ainsi placé sur le premier, la face saignante sur la face saignante ; puis on réunit par suture le bord du dernier lambeau à la peau de la verge du côté opposé. Ce procédé, mis en usage par MM. Du-

play et Anger pour des hypospadias, a donné des succès, mais il a échoué dans les fistules uréthrales péniennes.

J'ai donc songé à appliquer la suture à distance à ces fistules, et je suis arrivé, non pas la première fois, mais la seconde à un excellent résultat par un procédé un peu différent du précédent, mais qui est encore un procédé de suture à distance.

Dans ce cas, malgré des conditions très peu favorables, le succès a été presque complet. Voici le fait résumé :

Obs. II. — *Fistule de l'urèthre. Suture à distance.*

Homme de 32 ans, entré à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean, nº 5, le 12 août 1887, pour une fistule uréthrale pénienne. Il avait été déjà, avant son entrée dans le service, opéré cinq fois dans d'autres hôpitaux par d'autres chirurgiens. Ces opérations sont les suivantes :

1º Suture simple, qui échoue;

2º Suture par le procédé de Nélaton, échec;

3º Suture par le procédé de Thiersch ; gangrène d'un lambeau, échec;

4º Opération par le même procédé quinze jours après la première opération, échec ;

5º Opération par le même procédé, sans plus de succès;

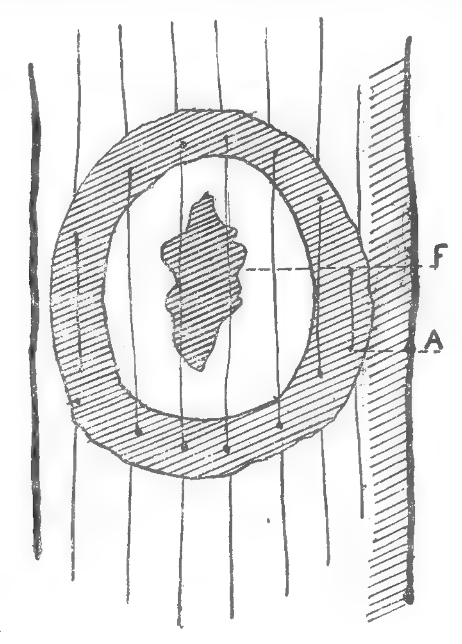
6º Opération par le même procédé; il reste une fistule plus grande que celle pour laquelle la quatrième opération avait été faite ; il est vrai qu'il y avait eu encore gangrène du lambeau renversé sur la fistule.

Au moment où le malade s'est présenté dans le service, je dus le soumettre à un régime ; il avait de l'albumine dans l'urine, suite éloignée d'un abcès périnéphrélique survenu dans le cours de la cicatrisation de la quatrième opération, et une légère cystite. La fistule avait l'étendue de l'ongle du petit doigt ; ses bords étaient minces, pâles, et paraissaient doués d'une faible vitalité ; la totalité de l'urine coulait par la fistule à chaque miction. Il y avait sur la face inférieure de la verge des cicatrices étendues et profondes, signe manifeste d'une gangrène survenue à la suite des opérations antérieures. Cet état de la peau de la verge rendait évidemment difficile une application nouvelle du procédé de Thiersch. C'est alors que l'idée de pratiquer la suture à distance se présenta à l'esprit.

L'opération a été pratiquée de la sorte : la fistule n'a pas été touchée; à 8 millimètres tout autour de l'orifice une incision circulaire a été faite; puis à un centimètre plus loin, en suivant un rayon de la première circonférence, une autre incision circulaire a été pratiquée, par conséquent parallèle à la première. Tout l'espace compris entre les deux circonférences a été avivé soit avec le bitouri, soit avec des ciseaux fins à pupille artificielle et une pince à griffes. De la sorte, il y avait un anneau ou plutôt une zone avivée autour de la fistule, n'intéressant en rien les bords de la fistule. Trois points de suture ont été placés comme on les place pour réunir la fistule vésico-vaginale, c'est-

à-dire que les épingles passaient aussi près que possible du bord de la zone avivée le plus rapproché de la fistule. Le mode de suture employé était les longues épingles à insectes et la suture entortillée. La réunion, faite à demi de haut en bas, donna une suture transversale à huit points, perpendiculaire à l'axe de la verge.

Le malade fut tenu éveillé par le café noir pendant les trois premiers jours pour éviter les érections. Aucun pansement autre que des compresses d'eau froide n'a été appliqué. Les épingles enlevées le 3e jour,



Suture à distance. — F, fistnle; A, avivement et passage des fils.

la suture avait complètement tenu; mais le 7e jour, un point de suture céda, et il se produisit une petite fistule oblique laissant écouler l'urine goutte à goutte. Cette fistule était située non plus à la place de l'ancienne fistule, mais bien sur le côté droit de la cicatrice au milieu de tissus épais.

Je recommençai un mois après, le 6 octobre 1887, la même opération, et dans une étendue moindre que la première fois, je fis un avivement et six points de suture d'après la même méthode, et j'eus cette fois la satisfaction de n'avoir plus d'écoulement d'urine, quoique par un point aminci de la cicatrice je pusse encore faire pénétrer la pointe d'une aiguille. Mais l'absence d'écoulement d'urine, le retour normal des érections ayant satisfait le malade, il sortit de l'hôpital, se déclarant suffisamment guéri, le 9 novembre 1887.

L'occlusion du vagin, pour remédier à une fistule vésico-vagi-

nalé inopérable, est en réalité une suture à distance; mais le terme de suture à distance est mieux applicable aux cas où, l'occlusion du vagin n'ayant été qu'incomplète, il s'agit de fermer une petite ouverture, un petit diaphragme, résultat de l'opération incomplète antérieure.

Voici à cet égard une troisième observation, où il s'agit bien réellement d'une suture à distance.

Obs. III. — La nommée C... (Félicie), 40 ans, entrée salle Sainte-Rose, n° 8, accouchée il y a cinq ans, eut à la suite de son accouchement, qui avait duré quatre jours, une gangrène de la paroi antérieure du vagin. Transportée de la salle d'accouchement dans le service de chirurgie de l'hôpital Saint-Antoine, elle fut traitée des accidents de l'accouchement, et cinq mois après, les eschares étant tombées et la réparation effectuée, M. Périer fit une première opération, qui, en raison de la grande perte de substance de la vessie, ne réussit pas.

La malade, considérée dès lors comme incurable, fut admise à l'hôpital Laënnec où M. Routier, remplaçant M. Nicaise, fit trois nouvelles opérations qui échouèrent comme la première et pour la même raison sans doute : un uretère était compris dans la fistule et empêchait la guérison. La malade sortit de l'hôpital Laënnec et rentra à Saint-Antoine, où cette fois elle fut opérée par M. Monod, qui tenta, en désespoir de cause, l'opération proposée jadis par Vidal de Cassis, l'occlusion du vagin. L'opération ne réussit pas davantage. Il resta au milieu de la suture un orifice donnant passage à une sonde de femme n° 16, par lequel s'écoulait la totalité de l'urine.

Lorsque la malade entra à l'hôpital, je constatai une éruption de grosses vésicules, un érythème urinaire sur les cuisses et les fesses. Je constatai que l'occlusion du vagin avait été pratiquée à 2 centimètres de la vulve. En explorant la vessie et son col, je m'aperçus que l'urèthre était réduit à une longueur d'un demi-centimètre à peine, que l'urine s'écoulait par l'urèthre en même temps que par la fistule, et il était clair que le col de la vessie et son sphincter manquaient, en un mot qu'il y avait à la fois une fistule vésico-vaginale et une incontinence d'urine.

Malgré le pronostic absolument défavorable et quoique la malade pût être considérée comme infirme et incurable, je pensai à fermer définitivement le vagin et à faire porter ultérieurement à la malade l'urinal en caoutchouc dont se servent les malades atteintes d'incontinence d'urine. La fistule existant sur la cloison vaginale, résultant de l'opération de l'occlusion du vagin, se trouvait au centre de cette cloison, et les bords de la fistule étaient tellement amincis qu'il ne fallait pas songer à les aviver. C'est alors que j'eus l'idée de recourir à la suture à distance.

Voici comment je procédai. A 1 centimètre au-dessous de la cloison formée par la section transversale du vagin, je fis un avivement de 1 centimètre de large, suivant une zone intéressant la face inférieure

de l'urèthre, la face interne des grandes lèvres et la fourchette vulvaire au niveau de l'urèthre. Je réunis d'abord la muqueuse de l'urèthre à la muqueuse vulvaire par trois points de suture, un de chaque côté et un en bas du côté gauche de la malade, puis je réunis les deux grandes lèvres par six points de suture avec des fils métalliques.

Les fils furent enlevés le 8e jour. La suture avait partout réussi. Il ne restait plus que l'incontinence d'urine.

Il y a donc, on le voit, deux procédés de suture à distance.

Le premier consiste à aviver les bords de la fistule, à faire un ou deux points de suture de ses lèvres, et à réunir ensuite deux plis de la peau formés de chaque côté de la fistule à l'aide d'une épingle et d'une suture entortillée. On peut même se dispenser de faire la suture des bords de la fistule. On pourrait aussi se borner à escharifier le pourtour de la fistule, et lorsque les eschares se sont détachées et que la plaie bourgeonne, on applique la suture à distance. On obtient ainsi de la réunion par seconde intention. Le deuxième procédé consiste à ne point toucher à la fistule ; on avive autour de la fistule, et sans toucher à ses bords, une large surface, et on réunit par des points de suture rapprochés la peau saine à une distance de la fistule d'un centimètre et demi.

Une suture à distance pour les plaies du tégument a été employée jadis, ou du moins proposée ; on la trouve dans les traités de petite chirurgie : elle consiste à placer deux épingles parallèlement aux bords de la plaie, à un centimètre environ, et à réunir ces deux épingles par un huit de chiffre avec un fil croisant sur la plaie. C'est bien là un mode de suture à distance, mais il n'est applicable qu'aux très petites plaies, car on ne peut faire qu'un seul point de suture sur les épingles.

Ce procédé de suture à distance n'est pas à proprement parler une suture, c'est un moyen d'action analogue aux incisions libératrices, en ce sens qu'elle évite les tiraillements et la tension des bords de la fistule avivée, mais il est en outre un agent de compression ou de soutien pour la partie suturée. Il empêche les mouvements de la trachée d'écarter les bords de la plaie.

Discussion.

M. Th. Anger. Je connais l'un des malades dont vient de nous parler M. Després. Il a été dans mon service il y a 3 ans ; je l'ai revu en juillet dernier. Je fis, il y a 3 ans, une tentative pour fermer sa fistule uréthrale. Je crus y avoir réussi, car 5 ou 6 jours après l'opération, les fils enlevés, l'obturation paraissait complète. Ce ne fut qu'au huitième jour qu'en un point très limité parut un

petit suintement. J'ai tout lieu de croire que cet homme avait intérêt à ne pas guérir et à conserver une infirmité qui lui assurait sa libre entrée dans les hôpitaux. Je le soupçonne d'avoir lui-même détruit la cicatrice et rouvert sa fistule. Une seconde opération fut pratiquée sans succès, en mon absence, par un de nos collègues qui me remplaçait. Lorsque cet homme rentra dans le service en juillet dernier, après avoir été traité par M. Després, il portait toujours une petite fistule; elle ne siégeait pas exactement au même point que la première fois: elle était un peu sur le côté. Je refusai de l'opérer, d'abord parce que j'avais le sentiment qu'il se souciait peu de guérir, ensuite parce qu'il avait un peu d'albumine dans l'urine.

M. Berger. Je n'ai jamais employé le procédé préconisé par M. Després pour la cure des fistules uréthrales, et suis peu disposé *a priori* à l'adopter. Je lui reproche, en effet, de laisser subsister, tout autour de l'orifice qu'il s'agit de fermer, une portion de tégument, sorte d'infundibulum, dans lequel les liquides peuvent s'accumuler, circonstance qui doit entraver la cicatrisation et singulièrement faciliter la reproduction de la fistule. Pour ma part, je me suis depuis longtemps arrêté à une manière de faire qui me paraît infiniment préférable. Je pratique tout autour de l'orifice une incision circulaire; je dissèque de la périphérie au centre la portion de peau ainsi circonscrite jusqu'à la fistule, en ayant soin de la laisser adhérente au pourtour de cette dernière. J'invagine alors dans l'orifice fistuleux les parties disséquées, les refoulant dans celui-ci de façon à l'obturer, les maintenant au besoin en cette situation à l'aide de quelques points de catgut fin. Cela fait, je procède à la fermeture de la fistule, soit en réunissant simplement, à l'aide de quelques points séparés, les bords de la partie avivée, soit en faisant glisser et en fixant sur l'orifice un lambeau autoplastique.

M. Després. J'avais pensé, comme M. Berger, qu'il pouvait y avoir quelque inconvénient à laisser entre l'urèthre et la ligne de réunion de la peau une petite cavité où l'urine pouvait s'accumuler. L'expérience m'a montré que cette crainte n'était pas fondée. Je pus, en effet, chez mon premier malade, constater qu'il ne se formait sur ce point rien qui ressemblât à une poche urineuse. Aussi n'hésitai-je pas à recourir une seconde fois au même procédé, qui me donna encore un bon résultat.

L'opération de M. Berger n'est que l'application plus correcte, plus méthodique, aux fistules uréthrales, d'un moyen qui a été conseillé pour la cure des hernies et pour les fistules de la trachée. Elle est rationnelle. La question est de savoir si elle donne de

bons résultats. Avant tout, il faut réussir. J'en dis autant du procédé, remarquable à bien des égards, de Thiersch.

Je n'ai pas la prétention de soutenir que ma manière de faire soit infaillible. Je la crois bonne. L'expérience montrera auquel de ces trois procédés, celui de M. Berger, celui de Thiersch ou le mien, il faudra donner la préférence. Le meilleur sera celui qui donnera le plus grand nombre de succès.

Communication.

Cystite calculeuse. Lithotomie sus-pubienne. Déchirure du rectum par le ballon rectal,

Par M. Nicaise.

Observation [1]. — B..., âgé de 75 ans, journalier, entre, le 12 décembre 1882, à l'hôpital Laënnec, salle Malgaigne, n° 32.

Depuis 1874, ce malade a de fréquentes mictions, et souffre en urinant; depuis 1879, il rend des graviers.

En 1881 seulement, il commence à se faire soigner.

Le 7 octobre 1881, il subit une première séance de lithotritie. Au bout de quelques jours, une seconde, puis une troisième, enfin une quatrième. Mais, à la suite de cette dernière, il a de l'infiltration des bourses. Il reste six mois à l'hôpital et n'en sort que pour rentrer bientôt à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon (8 octobre 1882). Il y subit deux nouvelles séances de lithotritie, mais n'éprouve pas d'amélioration notable et passe comme chronique à l'hôpital Laënnec (12 décembre 1882).

Il éprouve des douleurs vives dans la verge. Il a du ténesme à la fois de la vessie et du rectum. La miction est impossible sans cathétérisme, et le malade en est arrivé à se sonder à chaque instant (octobre 1883). La défécation n'est pas moins difficile et il ne peut aller à la garde-robe qu'au moyen de lavements et de purgatifs.

Le malade ne peut quitter son lit, et même il y garde une immobilité presque absolue. Les mouvements, en effet, produisent de vives douleurs qui irradient vers le périnée et les bourses. Il y a un peu de muco-pus à la partie inférieure du vase qui contient les urines. Leur réaction est alcaline. Filtrées, elles ne contiennent pas d'albumine. Le toucher rectal permet de reconnaître que les sphincters sont contracturés et que la prostate est petite.

En septembre 1883, l'état général et l'état local étaient devenus plus pénibles encore.

La cystotomie sus-pubienne est pratiquée le 10 novembre 1883, avec

[1] Observation recueillie par M. Barbulée, interne.

l'assistance de M. Bazy. Le malade étant chloroformé, un ballon en caoutchouc est introduit dans le rectum et distendu par 340 grammes de liquide; 280 grammes d'une solution d'acide borique à 3 0/0 sont injectés dans la vessie.

L'opération ne présente rien de particulier. On retire 7 calculs. Comme on voulait maintenir la vessie ouverte, les lèvres de la plaie vésicale sont réunies par deux points de suture aux lèvres de la plaie abdominale. Deux gros tubes en caoutchouc sont introduits dans la vessie et suturés également aux lèvres de la plaie abdominale. Pansement antiseptique.

Le soir, température 37°,4; urines, 1,300 grammes.

11 *novembre*. Plaie aseptique, sans réaction inflammatoire, température 37°,4.

12 *novembre*. Douleurs dans la région hypogastrique. Ablation des sutures vésico-pariétales. Température 37°,6 ; urines, 1,400 grammes.

13 *novembre*. Température, 37°,6 ; urines, 1,200 grammes.

15 *novembre*. Selles abondantes.

17 *novembre*. Etat général mauvais. Suppression du drain supérieur.

18 *novembre*. Sonde à demeure dans l'urèthre.

19 *novembre*. Le malade ne peut la supporter, on l'enlève. Les douleurs hypogastriques persistent.

Le malade s'est affaibli rapidement et sans présenter de symptômes caractérisés; il succombe le 26, seize jours après l'opération ; l'état général ayant commencé à devenir mauvais le 17, septième jour après l'opération.

Autopsie (28 novembre). — Les poumons sont congestionnés en arrière et à la base. Le cœur est gros. Rien dans l'encéphale. L'estomac. les intestins jusqu'au rectum, le péritoine, le foie, la rate sont normaux. Les reins sont petits, durs, exsangues et présentent les caractères microscopiques de la néphrite interstitielle. Les artères ne son pas dilatées.

La vessie présente un épaississement considérable de ses parois, avec diminution de la cavité et une muqueuse tomenteuse, friable. Sur la face postérieure de la vessie existe une plaque indurée qui la sépare du rectum.

Une fois les sphincters de l'anus incisés et le rectum ouvert par la face postérieure, on trouve une ampoule rectale très dilatée dont la paroi antérieure a subi une perte de substance qui répond à la plaque indurée signalée plus haut. Il y a là une déchirure du rectum e la cavité rectale est limitée en avant par le tissu induré qui existe sur la face postérieure de la vessie.

Remarques. — Le malade a succombé le seizième jour après l'opération, sans avoir présenté de symptômes caractérisés ; il n'y a pas eu chez lui de péritonite généralisée, ni même pelvienne, ni d'abcès; mais dès le début il a accusé des douleurs hypogas-

triques, que l'on peut attribuer en partie à la lésion qui existait du côté du rectum.

S'agit-il d'une déchirure du rectum par le ballon, ou d'une eschare due à la compression de la paroi rectale entre le ballon distendu par 340 grammes d'eau et la vessie remplie de 280 grammes de solution boriquée, eschare qui se serait détachée. Les détails anatomiques de l'observation ne sont pas assez complets pour permettre de conclure ; mais ce que l'on peut dire, c'est que la perte de substance du rectum est due à la pression exercée par le ballon.

Le malade avait 75 ans; il était atteint d'une néphrite interstitielle; il avait subi plusieurs opérations dans un court espace de temps, il avait une déchirure du rectum ; c'est à ces diverses causes qu'il faut attribuer la mort.

Il y a lieu de s'arrêter à la lésion du rectum, complication rare de l'emploi du ballon de Petersen, mais de la possibilité de laquelle il est bon d'être prévenu.

Les dimensions normales de l'ampoule sont tellement variables qu'on a peu de données précises sur ce point. Si l'on tient compte de la quantité de matières qu'elle doit renfermer au moment de la défécation, on constate que celle-ci est évaluée par les physiologistes de 150 à 250 grammes; elle varie naturellement beaucoup selon la nature de la nourriture. En outre, chez certains sujets, il semble que les matières séjournent plutôt dans l'S iliaque que dans le rectum, selon la théorie d'O'Beirn. Dans ces conditions, l'ampoule ne doit pas être bien considérable et il ne faut pas confondre ses diamètres avec ceux de la cavité pelvienne. Sans doute, elle est susceptible d'une dilatation considérable, ainsi qu'en témoignent les cas pathologiques. Mais il s'agit alors d'une dilatation lente et non d'une dilatation brusque semblable à celle que détermine le ballon ou le toucher rectal d'après la méthode de Simon. Dans ce dernier cas, on a observé plusieurs fois des déchirures du rectum.

Le Dr Hache, dans l'article Vessie du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* (p. 355), rapporte que Cadge a cité à la Société médico-chirurgicale de Londres, en 1886, un cas dans lequel la distension du ballon, par 450 grammes d'eau, a produit une déchirure des fibres circulaires et de la muqueuse du rectum sur la paroi antérieure.

En résumé, d'après ces faits, il faudra, quand on voudra employer leballon rectal, s'inquiéter, dans chaque cas, des dimensions de l'ampoule rectale et ne pas trop compter sur la dilatabilité rapide des parois de l'organe.

Discussion.

M. Routier. J'ai observé un fait analogue à celui que vient de vous rapporter M. Nicaise. C'était chez un homme, jeune encore, atteint de cystite tuberculeuse, chez lequel je crus devoir établir une fistule hypogastrique pour le délivrer des souffrances cruelles qu'il éprouvait. La quantité de liquide injectée dans le ballon de Petersen fut très faible. Je me souviens même que je résistai aux sollicitations du fabricant d'instruments de chirurgie, qui m'assistait, et qui m'affirmait que M. Guyon distendait le ballon bien au delà des limites dans lesquelles je voulais rester. Tout se passa bien jusqu'au douzième jour. A cette date, subitement, se déclarent des accidents de péritonite suraiguë qui emportèrent rapidement le malade. Je ne songeai pas, je l'avoue, à une déchirure du rectum; je crus plutôt à une rupture tardive de la vessie. L'autopsie nous montra ce qui s'était passé. Nous découvrîmes, non une déchirure, mais une véritable perte de substance du rectum, grande comme une pièce de 5 francs, siégeant au niveau du cul-de-sac péritonéal recto-vésical.

M. Le Dentu. Les cas malheureux observés par M. Nicaise et par M. Routier s'expliquent par quelque altération préalable du rectum, soit défaut de résistance de ses parois, soit étroitesse anormale de l'intestin. Il faut bien dire qu'ils sont absolument exceptionnels; pour ma part, je n'ai jamais rien vu de pareil.

Il n'en est pas moins sage, pour se mettre à l'abri de telles surprises, d'observer, dans la manœuvre du ballon de Petersen, certaines précautions qu'il est bon de rappeler.

Le ballon étant introduit dans le rectum, il faut tout d'abord exercer un certain effort pour le distendre ; cela est sans inconvénient et sans danger. Mais, à partir du moment où il s'est déplissé, et où il commence à se gonfler, on se gardera d'employer la force pour achever de le remplir. On observera, à cet égard, les règles qui sont d'usage dans les injections vésicales. En tout cas, on n'introduira jamais plus de 300 grammes de liquide. Mieux vaut, si la vessie se laisse bien distendre, agir sur elle que sur le rectum; elle supportera mieux une légère surdistension que l'intestin.

M. Th. Anger. Le cas de M. Nicaise est, à ma connaissance, le quatrième ou cinquième exemple d'accidents graves dû à l'emploi du ballon de Petersen. Je m'étonne qu'on n'ait pas encore complètement renoncé à s'en servir.

Je rappellerai, à ce sujet, que j'ai, il y a cinq ou six ans, présenté au Congrès de Londres un instrument qui remplace avanta-

geusement le ballon de Petersen; c'est un cathéter qui se développe dans la vessie et la porte, pour ainsi dire, au-devant du chirurgien.

Je vous présenterai cet instrument dans une prochaine séance.

M. Després. Il nous a été, en effet, communiqué quatre cas où le ballon de Petersen a donné lieu à des complications mortelles. Deux fois, il y a eu ouverture du péritoine, tenant à ce que, la vessie ayant été déviée par le ballon, le feuillet séreux s'est trouvé sous le couteau du chirurgien; deux fois, c'est la rupture du rectum qui a causé la mort.

Vous savez, d'ailleurs, que je n'ai pas eu besoin de ces faits pour être l'adversaire déclaré du ballon. Je vous rappellerai qu'en 1882 et en 1886 j'ai fait deux opérations de taille par le haut appareil; et que, dans ces deux cas, j'ai pu, sans injection vésicale et sans distension du rectum, pénétrer aisément dans la vessie.

Il faut bien savoir en effet, que, sauf des circonstances tout à fait exceptionnelles, celles, par exemple, d'anurie et de cystalgie avec contracture, la vessie, si l'on a soin de ne pas faire uriner le malade, contient toujours du liquide. N'est-il pas de règle, dans toute opération sur l'abdomen, d'évacuer tout d'abord le réservoir vésical? N'est-ce pas reconnaître implicitement qu'il n'est jamais vide? Cela étant, il est absolument démontré, par les recherches anatomiques, que la vessie qui n'est pas vide déborde le pubis de 1 centimètre environ. Dans ces conditions, un chirurgien un peu expérimenté pourra toujours l'atteindre et l'ouvrir sans danger, et cela, sans injection préalable et sans distension rectale.

On a, du reste, pour se diriger, un point de repère qui ne fait jamais défaut et rend l'opération aussi réglée et aussi facile qu'une ligature d'artère. Ce point de repère c'est l'ouraque, accompagné de deux petites veines visibles, qui facilitent sa découverte. L'ouraque reconnu, on est à coup sûr, en le suivant, conduit sur la vessie. Point n'est donc besoin du ballon de Petersen qui n'est, à mes yeux, pardonnez-moi l'expression, qu'un *guide-âne*, dont tout vrai chirurgien doit savoir se passer.

M. Marc Sée. Je ferai remarquer à M. Anger que son instrument n'atteint pas le même but que le ballon de Petersen. Il n'a d'autre effet que de pousser la vessie vers la paroi postérieure de l'abdomen; une sonde ordinaire en ferait autant. Le ballon, Petersen l'a bien montré, a de plus cet avantage incontestable qu'il relève le cul-de-sac péritonéal et met à découvert une plus grande étendue de surface vésicale dépourvue de péritoine. C'est pour cela que nous nous servons du ballon de Petersen, et que nous insistons sur la très réelle utilité de son emploi.

M. SEGOND. Les remarques faites par M. Després sont évidemment fort intéressantes. Je ne puis cependant lui laisser dire, sans un mot de protestation, que le ballon de Petersen n'est qu'un *guide-âne*, à l'usage duquel tout chirurgien digne de ce nom devrait savoir renoncer. M. Després reconnaîtra du moins que le nombre d'ânes que le ballon a guidés jusqu'à ce jour est heureusement considérable. C'est, en effet, grâce à ce moyen bien simple et à la faveur de la sécurité qu'il donne, des facilités opératoires qu'il procure, que la taille sus-pubienne a pu revenir à l'ordre du jour. Jusqu'alors il arrivait, même aux plus habiles, en pratiquant le haut appareil, d'ouvrir le péritoine avec une régularité telle que, peu à peu, on renonça à peu près complètement à aborder la vessie par cette voie et que la taille périnéale fut seule en honneur.

Les accidents dus à l'emploi du ballon sont, en somme, très exceptionnels. Dans les cas nombreux où j'ai vu mon maître, M. Guyon, s'en servir, dans mes cas personnels, au nombre de dix environ, nous n'avons eu qu'à nous féliciter d'y avoir eu recours. Je regrette que M. Périer ne soit pas ici pour nous apporter l'appui d'une expérience assurément conforme à la nôtre.

Il suffit, au reste, d'avoir assisté à une opération ainsi conduite, d'avoir vu la vessie à nu dans la plaie, développer aux yeux des chirurgien une face étendue que l'index explore à l'aise et de confiance, pour comprendre qu'il soit difficile d'admettre que le ballon de Petersen ne soit qu'un *guide-âne*, un moyen sans valeur et sans utilité réelles.

Qu'on se souvienne, d'ailleurs, que la taille hypogastrique est indiquée dans deux conditions bien différentes — soit pour des corps étrangers, calculs ou corps venus du dehors — soit pour des cystites douloureuses. Or, dans ce dernier cas, alors que la vessie est contractée, ratatinée, cachée derrière le pubis, il me paraît absolument impossible d'y pénétrer sans ouvrir le péritoine, si l'on n'a au préalable recours à un des moyens qui la distendent et la soulèvent, pour la porter au-devant de l'opérateur.

M. LE DENTU. M. Segond est trop modeste. Il est certain que, comme tout chirurgien exercé, il arrivera, dans tous les cas, avec ou sans ballon rectal, à ouvrir la vessie, alors même que contractée et revenue sur elle-même, elle ne pourra supporter l'injection d'une goutte de liquide.

Ceci n'est pas pour dire que le ballon de Petersen soit sans utilité, et que, toutes les fois qu'il sera possible d'y avoir recours et d'y joindre la distension de la vessie, les conditions opératoires ne soient infiniment meilleures. La vérité est que l'emploi de ces

adjuvants facilite beaucoup l'opération et, d'autre part, que les accidents qu'ils peuvent provoquer sont infiniment rares.

M. Després nous a dit que la vessie contenait toujours de l'urine ; cela est vrai en thèse générale. Il est des cas, cependant, ceux de vessie irritable, par exemple, où elle en renferme à peine ; cas justiciables précisément, comme on l'a rappelé, de la taille hypogastrique.

Une dernière remarque : M. Sée a très justement fait observer que le ballon de Petersen avait pour effet de relever le cul-de-sac péritonéal, — ce que ne fait pas l'instrument de M. Anger, qui n'est qu'un bon conducteur — mais ce n'est pas son seul avantage. La taille hypogastrique n'est plus aujourd'hui faite seulement pour extraire un calcul de la vessie; on y a encore recours pour atteindre des tumeurs de l'organe, pour mettre à nu des ulcérations de la muqueuse, pour découvrir et détruire par le curage des fongosités saignantes, etc. Dans toutes ces circonstances, il importe de développer et de bien exposer la paroi postérieure de la vessie. Le ballon rectal n'a pas pour cela son pareil. Il sera, en ce cas, d'autant moins dangereux qu'il ne doit pas être trop distendu. Il m'est souvent arrivé, pour faciliter l'exploration, de laisser échapper, au cours de l'opération, une partie du liquide qu'il contient.

Bref, le ballon de Petersen, manié avec prudence, conformément aux règles que j'ai indiquées, plus ou moins distendu, suivant les cas, me paraît un moyen excellent et qui sera conservé ; il facilite singulièrement l'opération de la taille par le haut appareil, et permet certaines explorations et certaines manœuvres à l'intérieur de la vessie, qui, sans lui, seraient absolument impossibles.

M. Després. Je répète que les accidents qui ont été signalés ici sont exclusivement dus à l'emploi du ballon de Petersen; cela me suffit pour que je refuse absolument de m'en servir. Vous avouez, au reste, vous-mêmes qu'il doit être manœuvré avec une extrême prudence; c'est reconnaître que son emploi n'est pas sans danger. D'ailleurs, la vessie n'est jamais aussi bas qu'on l'a dit et qu'on paraît le croire ici ; elle n'a jamais besoin d'être relevée. Elle se place naturellement derrière le pubis, et, encore une fois, en suivant l'ouraque, on arrivera toujours jusqu'à elle, à coup sûr, et sans autre guide.

Soyez certains qu'avant peu le ballon de Petersen ira rejoindre, dans l'arsenal dont s'égayait Malgaigne, les vieux instruments de nos pères, dont personne ne veut plus entendre parler.

M. Nicaise. Je n'ai pas eu l'intention, en apportant ici l'observation que je vous ai lue, de contester les avantages du ballon de

Petersen. Je crois cependant qu'il faut apporter dans son emploi certaines précautions, et, en particulier, se garder de le trop distendre. J'ai lu quelque part que l'on pouvait y faire pénétrer jusqu'à 5 ou 600 grammes de liquide. C'est là une exagération manifeste. Il sera sage, me semble-t-il, de ne jamais dépasser le chiffre de 2 à 300 grammes, quitte, si besoin est, comme le disait M. Le Dentu, à forcer un peu la distension de la vessie.

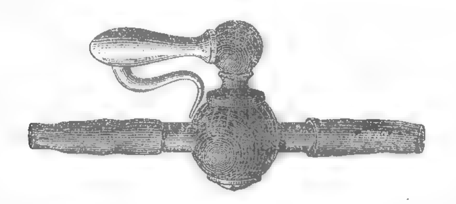
Présentation d'instrument.

Petit pulvérisateur à vapeur avec robinet sur le tube d'aspiration du liquide.

M. Nicaise présente un petit pulvérisateur à vapeur heureusement perfectionné par M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie, qui a placé un robinet gradué sur le tube par lequel monte le liquide aspiré par le jet de vapeur.

Dans l'appareil ordinaire, 6 à 7 centimètres cubes de liquide sont pulvérisés en une minute, ainsi que je l'ai constaté. Cette quantité augmente si le foyer de la lampe à alcool est plus intense, ce qui amène une tension plus grande de la vapeur qui sort avec plus de force et détermine une aspiration plus considérable du liquide.

Dans ces conditions, le malade qui reçoit le nuage de pulvéri-



sation dans la gorge ou sur les yeux, par exemple, est bientôt inondé de liquide, ce qui nuit beaucoup à l'emploi du pulvérisateur, pour les douches oculaires, par exemple. De plus, si le liquide employé est toxique, comme le biiodure de mercure, dont les pulvérisations sont recommandées par MM. Miquel et Rueff dans le traitement de la phthisie, la présence d'une aussi grande quantité de liquide dans la bouche pourrait être un danger. Aussi ces auteurs ont-ils déjà adapté un robinet en verre sur un tube d'aspiration en verre, mais il ne présente pas de graduation et le malade est obligé de le régler par tâtonnements.

Au contraire, le robinet de M. Collin est gradué de 1 à 6 centimètres cubes, ce qui permet de pulvériser de 1 à 6 centimètres cubes de liquide médicamenteux par minute, la pression étant constante dans la petite chaudière. De plus, le robinet de M. Collin est en caoutchouc durci et s'applique au mieux sur un tube d'aspiration en caoutchouc mou, ce qui permet d'employer des liquides altérant les métaux.

Lecture.

M. Picqué lit une observation de *Cure radicale d'une hernie inguinale volumineuse.*

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,
Ch. Monod.

Séance du 10 octobre 1888.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de candidature de M. le professeur Léon Tripier (de Lyon) au titre de membre correspondant national ;

3° M. Schwartz demande un congé d'un mois pour remplir la mission scientifique dont il est chargé en Allemagne ;

4° Un mémoire pour le concours du prix Laborie en 1888, intitulé : *Contribution à l'étude du symblépharon, son traitement préventif;* avec la devise : *Melius est anceps remedium quam nullum* (inscrit sous le n° 1).

A propos du procès-verbal

1° *De la suture médiate.*

M. Nicaise, au sujet de la communication de M. Després sur *la suture à distance*, rappelle qu'il a communiqué à la Société, en 1882 [1], un travail de M. Decès père, professeur à l'École de médecine de Reims, un de ses premiers maîtres en chirurgie, sur la suture médiate. Comme M. Després, M. Decès se proposait de faire la suture en dehors de la fistule ou de la plaie ; il en avait fait une méthode qu'il a employée pour la première fois en 1838, et qui a été l'objet d'une communication de Velpeau à l'Académie de médecine en 1840.

M. Després. Le procédé de M. Decès est un procédé de suture dans lequel les fils qui rapprochent les parties ne passent pas dans les lèvres de la plaie, c'est une *suture médiate*. Le procédé dont je vous ai entretenu présente ceci de particulier que c'est l'avivement lui-même qni est fait, non sur les bords de la fistule, mais à distance. C'est ce point qui lui donne un cachet spécial.

2° *De l'emploi du ballon de Petersen dans la taille hypogastrique.*

M. Tillaux. Je vous demande d'abord la permission de vous mettre sous les yeux ces calculs, au nombre de 7, extraits par moi, il y a quelques mois, par la taille hypogastrique. Ces cas de calculs multiples sont assez rares ; le fait méritait une mention.

J'ajoute que précisément, chez ce malade, le ballon de Petersen m'a été très utile. Je partage donc absolument l'avis de ceux de nos collègues qui en ont montré les avantages. Ce n'est pas parce qu'un moyen ou une manœuvre, reconnue utile d'ailleurs, a quelques inconvénients, qu'il faut en rejeter absolument l'emploi.

J'estime, bien au contraire, que le ballon de Petersen peut rendre grand service, et cela particulièrement dans les circonstances suivantes :

1° Quand les parois abdominales sont très épaisses — on agit, alors, au fond d'une plaie vraiment très profonde ; même avec l'aide du ballon, on peut avoir de la peine à trouver la vessie ;

2° Lorsque la vessie est très épaisse, qu'elle n'admet qu'une petite quantité de liquide et ne peut, par conséquent, être très distendue ;

[1] *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1882, t. VIII, p. 807.

3° Lorsque la vessie doit être ouverte au-dessus du pubis pour pratiquer le *cathétérisme rétrograde*. En pareil cas, il ne peut être question d'injecter des liquides dans la vessie, puisque l'urèthre est infranchissable. On ne peut davantage avoir recours à l'instrument de M. Anger. Le ballon rectal devient alors précieux et facilite singulièrement la découverte de la vessie.

Ce n'est pas, à mon avis, parce qu'il relève le cul-de-sac péritonéal que le ballon est utile, mais tout simplement parce qu'il rapproche la vessie de la paroi abdominale. Je ne doute pas qu'en se guidant sur les notions anatomiques, on ne puisse toujours arriver au but ; mais je ne vois pas pourquoi on refuserait de se servir d'un moyen qui aplanit à ce point le chemin.

M. Després. Je tiens à rappeler tout d'abord que c'est à la Société de chirurgie de Paris que la taille hypogastrique a été remise en honneur. Dès 1873, Giraldès ne manquait pas une occasion de soutenir que, selon lui, la taille hypogastrique était la moins meurtrière de toutes les tailles.

En 1877, je publiais, dans le *Bulletin de thérapeutique*[1], deux observations du Dr Devers (de Saint-Jean-d'Angély), qui, en 1866 et 1867, avait pratiqué avec succès, chez deux enfants, la taille hypogastrique sans outillage spécial. Je montrais, dès lors, que cette opération pouvait être faite d'après les procédés les plus simples.

Depuis lors, on a inventé une instrumentation compliquée ; avec elle se sont produits les accidents dont il a été fait mention ici. Et vous vous étonnez que je vienne vous dire : à moins d'anurie, à moins d'évacuation préalable de la vessie, le réservoir urinaire contient toujours du liquide, et toujours aussi, dans ces conditions, tout chirurgien, tout anatomiste digne de ce nom est capable d'atteindre et d'ouvrir la vessie ?

M. Quénu. Je puis apporter dans la discussion deux faits personnels de tailles hypogastriques, dans lesquelles le ballon de Petersen m'a été très utile. Dans l'un, en particulier, où l'opération était pratiquée pour mettre un terme à des hématuries provoquées par une tumeur de la vessie, je reconnus, la vessie ouverte, que celle-ci ne contenait qu'une toute petite production polypeuse, dont je pus, grâce au ballon et sans éclairage spécial, reconnaître exactement le siège et la nature. Dans ce cas, je me contentai d'injecter dans le rectum 350 grammes de liquide ; j'aurais pu, sans danger, en faire pénétrer beaucoup plus. On ne saurait, du

[1] Després (A.), De la valeur de la taille hypogastrique (*Bull. gén. de Thérapeutique de Paris*, 1877, t. XCXII, p. 12).

reste, déterminer d'avance la quantité de liquide que doit recevoir le ballon rectal ; on se guidera, séance tenante, sur la résistance que l'on éprouve, et, par conséquent, sur la capacité de l'ampoule.

M. Périer. Il m'est arrivé de faire un cathétérisme rétrograde sans l'aide du ballon de Petersen. L'opération n'est pas sans difficulté. Je ne doute pas que la distension du rectum ne facilite beaucoup la manœuvre.

Pour ce qui est du danger que peut présenter l'emploi de ce moyen, je demanderai à M. Nicaise quelle était la capacité du ballon dont il s'est servi. Ce point est important. Il faut, en effet, que le ballon ait des dimensions telles que l'on ne soit pas obligé, pour distendre suffisamment le rectum, de lutter contre l'élasticité du caoutchouc.

M. Nicaise. Le ballon dont je me suis servi, dans le cas malheureux dont je vous ai parlé, n'était aucunement surdistendu par le liquide injecté.

Rapport.

Observation de tétanos céphalique, par M. Charvot, médecin-major.

Rapport par M. Terrillon.

M. Charvot nous a adressé, dans le courant de cette année, une observation dont je vous donnerai un résumé, et que je ferai suivre de quelques réflexions.

Cette observation est intitulée :

Plaie contuse de la région malaire droite par coup de pied de cheval; commotion cérébrale légère. Au 7e jour, apparition d'une paralysie faciale droite. Au 8e jour, trismus permanent et spasmes intermittents de la face et de la nuque. Généralisation aux muscles de la nuque, de l'abdomen, des membres supérieurs et inférieurs. Accès asphyxiques. Mort au 4e jour de ce tétanos céphalique.

W..., cavalier, en garnison à la Manouba (près Tunis), entre, le 25 mai 1887, à l'hôpital militaire pour une plaie contuse de la région malaire droite. La veille au soir, il a reçu un coup de pied de cheval sur la face, très violent, car ce coup a déterminé une commotion cérébrale.

Le 25, à la visite du matin, il a repris toute sa connaissance et ne présente plus aucun symptôme cérébral. État général excellent. Pas de fièvre. Sur l'os de la pommette, à droite, on voit une solution de

continuité au-dessous du rebord orbitaire, longue d'environ 4 centimètres. L'os malaire est dénudé; mais le doigt, promené à sa surface, ne trouve ni fêlure, ni enfoncement. Les bords de la plaie sont déchiquetés. L'empâtement s'étend vers l'angle de la mâchoire. Les paupières sont gonflées, mais l'œil n'a pas été atteint ; aucun trouble de la vision. En explorant le reste de la face et du crâne, on ne trouve pas trace d'autres lésions traumatiques. Il n'y a pas eu d'écoulement de sang par les oreilles ni par le nez. Aucune gêne de la mastication ni de la déglutition. En résumé, l'état du blessé semble des plus simples. La commotion cérébrale n'a laissé aucune trace. L'état général est excellent. Le pronostic est donc favorable, et l'on se borne à faire appliquer sur la plaie un pansement boriqué.

Pendant cinq jours, aucune complication n'apparaît; aucun signe de réaction du côté de la plaie. Les paupières se dégonflent. Rien du côté de la mastication ni de la déglutition. Pas de phénomènes cérébraux. Pas de fièvre ; cependant, le 31 au soir, six jours après l'accident, la température monte à 38°. Le blessé, très gai, mange et dort bien.

Le lendemain, 7e jour, le malade présente les signes manifestes d'une paralysie faciale droite très nettement accusée ; immobilité de cette moitié du masque. Effacement, à droite, de toute ride du front et de l'angle externe de l'œil, ainsi que des plis naso-génien et mento-labial. Déviation de la bouche à gauche. Le malade fume la pipe de ce côté. La commissure droite est abaissée, la gauche un peu relevée et entr'ouverte. Pas d'autres phénomènes nerveux ; aucune réaction du côté de la plaie. Pas de fièvre.

2 *juin* (8e jour). A la visite du matin, le blessé a des phénomènes nerveux nouveaux et bien autrement menaçants. A la paralysie faciale droite, toujours aussi accusée, s'ajoutent des phénomènes spasmodiques généralisés intermittents et un trismus dû à la contracture permanente des muscles constricteurs de la mâchoire, aussi accusée à gauche qu'à droite. Les crises convulsives sont rapprochées. A chaque accès, la face est tordue par le spasme, et la paralysie faciale contraignant la moitié droite à l'impassibilité, la figure prend l'aspect le plus étrange. Le blessé donne à ce moment tous les signes d'une vive souffrance. Les mouvements convulsifs se généralisent aux muscles de la nuque, mais s'arrêtent là. Pendant la période de repos, il ne persiste que le trismus. Le malade ne peut desserrer la mâchoire. La nuque est souple ; aucune raideur dans les membres supérieurs. Hypéresthésie vive de la plaie ; le moindre attouchement, les efforts du malade pour parler réveillent les crises. Pas de vomissements ; pas de fièvre. — Le blessé est transporté dans un cabinet d'isolement. On lui administre 6 grammes de chloral en potion dans la journée ; injection de morphine.

3 *juin* (9e jour). Le tétanos ne se généralise pas et prend une forme insolite. Les mêmes phénomènes persistent, mais plus nettement accentués.

1° *En dehors des moments de crise convulsive*, asymétrie de la face, due à la paralysie faciale, et trismus permanent. Le malade ne des-

serre pas les dents; il ne prononce pas un mot, de crainte de provoquer un accès; pour boire, il aspire les liquides par les interstices dentaires du côté non paralysé. Œil gauche habituellement fermé, œil droit à demi clos. Le clignement des paupières conservé des deux côtés, mais incomplet à droite. Pupilles très contractées, égales des deux côtés, ne se dilatant pas. Pas de strabisme paralytique ni de déviation conjuguée des yeux. Épiphora du côté paralysé. Par la palpation, on sent les deux muscles masséters et les deux muscles temporaux contractés d'une façon permanente et agités de secousses fréquentes, mais indépendantes des crises convulsives intermittentes. Les muscles du masque facial ne sont, au contraire, le siège d'aucune contracture. Pas d'anesthésie à droite en aucun point (front, paupières, conjonctives, joues, menton, pituitaire, tempe). Hypéresthésie localisée à la plaie, qui est le siège d'une douleur vive et continue sans irradiation. Les pansements provoquent une crise convulsive. Les mouvements de la bouche, quand le malade veut boire, ont le même résultat. La vue est conservée des deux côtés. Pas de surdité, pas de bourdonnement d'oreille. Sueurs abondantes localisées au côté gauche de la face. Pas de troubles de la déglutition; les liquides ne passent pas par le nez et ne pénètrent pas dans le larynx. Pas de spasme de la glotte. Pas de raideur de la nuque. Pouls fréquent, fort, tendu. Respiration régulière en dehors des crises. Pas de vomissements.

2° *Au moment des crises convulsives*, l'asymétrie de la face s'accentue par la contracture des muscles de la moitié gauche du masque facial; le sourcil est attiré en dedans; l'œil se ferme hermétiquement par la contraction de l'orbiculaire dans sa totalité. La lèvre supérieure est soulevée de ce côté, et la commissure gauche fortement déviée en dehors et en haut. Le trismus s'accentue; on entend un claquement des dents qui annonce souvent le début de l'accès, et, en palpant à ce moment, on sent les deux masséters et les deux temporaux se contracter énergiquement. Le spasme convulsif ne reste pas localisé à la face; il s'accompagne de convulsions analogues dans les muscles du cou et de l'abdomen. Le larynx s'élève par la contraction des muscles sus-hyoïdiens, et, par la palpation, on sent le sterno-mastoïdien et le trapèze se contracter à droite et à gauche. Aussi la tête, quoique convulsée d'un côté seulement, reste dans la rectitude sans être déviée d'aucun côté. Les muscles abdominaux, grand droit et oblique, se contractent dans leur totalité. La respiration se suspend un instant dans l'expiration. Pas de hoquet. Jamais de contracture de la nuque. Ce n'est qu'au moment des crises les plus violentes qu'il se joint à ces symptômes un spasme convulsif des membres supérieurs et inférieurs fléchis et ramenés sur l'abdomen. Ces convulsions ne durent que quelques secondes, mais sont très fréquentes. Dans ces grandes crises, la tête est fléchie et soulevée en avant par la contraction des muscles du cou. Intelligence parfaitement conservée. Le malade demande par écrit qu'on lui renouvelle les injections de morphine, qui le soulagent beaucoup.

Traitement (3 juin). Injection de morphine (1 centigr.) à 10 heures

du matin. Les convulsions cessent pendant une heure environ, puis reprennent avec une intensité et une fréquence toujours croissante jusqu'à 2 heures de l'après-midi ; à ce moment, elles sont presque subintrantes et provoquées par le moindre attouchement du côté droit de la face. Nouvelle injection de 1 centigramme de morphine, à 2 heures ; et, un quart d'heure après, injection de 1 décigramme de chlorhydrate de cocaïne au-dessous de la plaie de la région malaire. Les spasmes ne diminuent pas ; nouvelle injection de 1 demi-centigramme de morphine à 3 heures. Deux sangsues en permanence restent appliquées toute l'après-midi à l'apophyse mastoïde droite. Chloral en potion par cuillerées. (La dose de chloral prise dans la journée est de 12 grammes.) A ce moment, on peut faire le pansement de la plaie et y introduire des mèches imbibées de la solution de cocaïne au tiers sans provoquer ni spasme ni douleur aucune.

Soirée meilleure. Le malade n'a plus que de petites crises toutes les dix minutes, qui reviennent surtout quand il essaye de faire un mouvement. Nuit relativement bonne. Les crises ne reviennent que deux ou trois fois tous les quarts d'heures. Elles se limitent à la face, au cou et au ventre. Le chloral est mal supporté et provoque des vomissements. Le matin, à 6 heures, injection de 1 demi-centigramme de morphine.

4 *juin*. Même état. Les accidents nerveux n'ont pas été modifiés ; 12 grammes de chloral n'ont pu déterminer même l'assoupissement du blessé. Seules, les injections de morphine amènent un soulagement momentané. Les contractions spasmodiques se sont généralisées. La plaie est très douloureuse ; en la frôlant et surtout en exerçant une pression profonde au niveau du trou sous-orbitaire droit, on détermine une crise convulsive. Je pense qu'il serait prudent de faire disparaître cette cause périphérique d'excitation nerveuse, et je me décide à sectionner le nerf sous-orbitaire à sa sortie de l'orbite.

Opération à 9 heures du matin. L'anesthésie chloroformique ne peut être poussée assez loin, car il survient un accès asphyxique qui force à interrompre les inhalations. Je ne puis procéder à la névrotomie du tronc sous-orbitaire que d'une façon hâtive, et je ne parviens à sectionner que quelques-uns des filets terminaux du nerf.

Cette opération n'amène aucune amélioration.

5 *juin* (11e jour). État extrêmement grave. Depuis cette nuit, accès asphyxiques qui semblent déterminés par spasme laryngé. Au moment de la visite, nous assistons à un de ces accès. Le malade se dresse sur son séant, la figure décomposée par l'épouvante. On voit qu'il asphyxie comme si une striction était exercée au niveau du cou. Les muscles inspirateurs et le diaphragme font des efforts violents. La face se cyanose, le pouls devient petit et filiforme. Il y a déjà eu un accès de ce genre ce matin à 5 heures. Les inhalations d'éther, puis une injection de morphine ont donné de bons résultats. J'applique immédiatement le même traitement, qui ne tarde pas à amener la disparition de ces accidents asphyxiques et une sédation presque complète du spasme. Le malade profère quelques paroles et essaie de

boire du lait. On continue les inhalations de vapeur d'éther, et grâce à une nouvelle injection de morphine, le malade reste calme.

A 11 heures, les accès asphyxiques reprennent. Mort à 1 heure de l'après-midi, le 4e jour après le début du tétanos.

J'ajouterai que la température resta basse pendant toute l'évolution du tétanos, sauf au moment de la mort.

L'autopsie, faite avec soin et relatée dans l'observation, ne montre que les lésions ordinaires de l'asphyxie ; mais rien de particulier ne fut noté du côté des nerfs, de la face et du cerveau, malgré un examen complet.

Cette observation ressemble par plusieurs points à celle que je vous ai communiquée ici en mars 1887 [1], et qui a été le point de départ d'un travail que nous avons fait paraître mon collègue M. Schwartz et moi, dans la *Revue de chirurgie* (janvier 1888). (Voir aussi l'article Tétanos, du *Dictionnaire encyclopédique*, par M. le Dr Mathieu.) Même traumatisme, une plaie contuse au niveau de la pommette. Dans les deux cas, évolution normale de la plaie qui n'inspire aucune inquiétude ; celle de mon malade était même guérie quand commencèrent les accidents nerveux. Enfin début du trismus et surtout de la paralysie faciale au *huitième jour* après l'accident, dans les deux observations. Chez l'un comme chez l'autre malade, la contracture tétanique est d'abord bornée aux muscles élévateurs des mâchoires, et les autres phénomènes nerveux consistent dans des contractions intermittentes et spasmodiques, réveillées par des contacts sur la région malade ou les mouvements des mâchoires.

A partir de cette première période, il existe une différence. Chez le malade de M. Charvot, les phénomènes nerveux s'accentuent rapidement et se généralisent au diaphragme, au pharynx, en simulant les symptômes de l'hydrophobie, et aux muscles supérieurs du tronc. La mort arrive le 4e jour à partir des accidents, tandis que chez le mien elle ne survient que le 19e jour.

Enfin la ressemblance reparaît par la forme sous laquelle arrive la mort, qui a lieu brusquement au moment où on espérait une amélioration dans l'état du malade.

Ces deux observations correspondent du reste aux deux types ordinaires du tétanos céphalique, tel qu'il a été décrit. Dans l'un, les phénomènes sont localisés à la tête et à la face, et la mort peut survenir dans ces conditions, comme chez mon malade ; dans l'autre, au contraire, la maladie est plus envahissante et se généralise aux membres supérieurs, à la nuque et au tronc, comme un tétanos ordinaire.

[1] *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1887, t. XIII, p. 155.

Avant de discuter plus longuement ce fait intéressant et relativement rare, permettez-moi de vous rappeler en quelques mots ce que présente de particulier cette variété de tétanos.

Sous le nom de *tétanos céphalique*, von Wahl et plus tard Rose, ont décrit cette forme spéciale, succédant à une plaie portant sur la région de distribution du trijumeau, commençant par une paralysie faciale et s'accompagnant de trismus unilatéral. On l'a appelé aussi *tétanos hydrophobique*, car, dans certains cas, les spasmes pharyngiens prédominent et simulent l'hydrophobie.

D'après la plupart des auteurs, cette forme de tétanos serait particulièrement grave et presque toujours mortelle. On connaît cependant plusieurs cas de guérison.

Comme la paralysie faciale unilatérale, signalée dans toutes ces observations, constitue un caractère tout particulier, nous avions propsoé, avec M. Schwartz, de lui appliquer le nom de *trismus hémiplégique*. Quelle que soit l'expression dont on se serve pour la dénommer, cette forme de tétanos est spéciale à cette région et la paralysie faciale bien caractérisée, siégeant ordinairement du côté de la blessure, constitue un signe caractéristique.

Encore inexpliquée dans son mécanisme, cette paralysie est généralement un des premiers symptômes observés. Quelquefois elle précède les autres accidents de un ou deux jours. D'après un cas d'Hadlich, elle peut durer pendant toute la maladie ou disparaître après quelques jours; c'est cette localisation bizarre des premiers symptômes qui a encouragé la plupart des auteurs à admettre ici une forme spéciale de tétanos local.

Je relève également, dans l'observation de M. Charvot, une particularité qui mérite de nous arrêter.

Trouvant au niveau du trou sous-orbitaire et dans la région du nerf qui correspond à cet orifice un point spécialement douloureux, et dont la pression provoquait des spasmes violents, il eut l'idée de sectionner ce nerf. Il espérait ainsi faire disparaître une des causes de propagation de la douleur vers les centres nerveux. Mais cette opération n'a donné aucun résultat; il est vrai que M. Charvot avoue n'avoir coupé qu'une partie des filets nerveux.

Je suis loin de blâmer cet essai opératoire, mais je considère que cette section même complète n'était nullement indiquée en présence de la diffusion des phénomènes nerveux, car l'analyse des symptômes observés prouvait qu'il n'y avait pas ici un conducteur spécial et localisé, mais qu'une grande partie du trijumeau avait été atteinte. En tout cas, et en partant d'une idée théorique sur la propagation du tétanos le long d'un filet nerveux, il faudrait pratiquer cette section nerveuse dès le début des accidents, avant que leur diffusion ait rendu ce moyen illusoire.

Je ne veux cependant pas discuter ici cette question si importante des sections nerveuses faites dès le début du tétanos, cela m'entraînerait au delà des limites de ce rapport.

Un dernier point qui me reste à signaler est relatif à l'étiologie du tétanos. Ici encore se trouve confirmée l'opinion si habilement défendue par M. le professeur Verneuil et par ses élèves, je veux parler de l'origine équine du tétanos. Un coup de pied de cheval appliqué sur la joue et provoquant une plaie contuse, constitue une preuve non douteuse de la théorie de notre maître.

Je rappellerai que chez mon malade il s'agissait aussi d'une chute de cheval, mais ici la face avait touché le sol et n'avait pas été contaminée directement par le pied de l'animal.

Je propose donc de déposer l'observation de M. Charvot dans nos archives, car elle a été résumée très longuement dans ce rapport, et de lui adresser des remerciements.

Discussion.

M. Verneuil. Je tiens à relever, dans l'observation de M. Charvot, la localisation des phénomènes à une moitié de la face; c'est là un fait particulier et très rare dans l'histoire du tétanos qui se présente, en général, avec une symétrie remarquable. On pourrait rapprocher ce cas de certains faits d'inoculation qui ont été récemment signalés. On sait que M. Nocard, dans ses belles recherches, a montré que l'on pouvait à volonté inoculer le tétanos chez les animaux; or, pendant un certain temps du moins, avant que les convulsions se généralisent, on n'observe qu'un hémi-tétanos. Ce n'est là, je le répète, qu'un simple rapprochement dont je ne veux tirer aucune conclusion formelle. Je dis simplement que, chez l'homme comme chez les cobayes en expérience, le tétanos peut parfois rester localisé.

M. Tillaux. Cette forme céphalique ou hydrophobique du tétanos est très rare. Il importe qu'elle soit connue. J'en ai observé récemment l'exemple suivant :

Observation.— *Tétanos à forme hydrophobique (anormale, sans trismus, sans paralysie faciale), consécutif à une plaie de la main. Mort le 7e jour après le début des accidents. Autopsie*[1].

Homme de 42 ans, qui, le 13 septembre, à 7 heures du matin, eut la main droite saisie dans une machine d'imprimerie. Transporté immédiatement à l'hôpital, on constata l'existence d'une vaste plaie avec dé-

[1] Observation recueillie par M. Rieffel, interne du service.

collement de la peau de la face dorsale de la main, écrasement des tendons extenseurs des trois doigts moyens, fracture du quatrième métacarpien et luxation en arrière de l'extrémité postérieure du troisième métacarpien. Le traumatisme avait surtout porté sur la face dorsale ; on constatait cependant dans la paume de la main deux plaies, paraissant produites par un corps tranchant, et intéressant l'une l'éminence thénar, l'autre la face palmaire près de la racine des doigts. Cet homme n'avait pas perdu connaissance au moment de l'accident; il n'était pas tombé, et on ne trouvait en aucun autre point du corps, ni surtout à la tête ou au cou, de plaie ou de traces de contusion.

Après lavage de la plaie de la main à l'aide de l'eau phéniquée forte et bain antiseptique de deux heures, on appliqua le pansement ouaté de Guérin. La température oscilla entre 37 et 38° ; le malade ne souffrait pas de sa main et mangeait de bon appétit.

Le 19 septembre, quelques douleurs lancinantes dans la main, irradiant dans l'avant-bras.

Le 20 septembre, on lève le pansement de Guérin, qui est remplacé par un pansement antiseptique renouvelé tous les deux jours. Un peu de suppuration dans la partie supérieure de la plaie dorsale. Pas de fièvre.

Le 24 septembre, à la visite du matin, le malade se plaint de la difficulté d'ouvrir la bouche et d'avaler les aliments solides. On réussit cependant à écarter les mâchoires, et on constate l'absence de toute lésion buccale ou pharyngienne capable d'expliquer cette constriction des mâchoires, qui est très douloureuse. Il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire. Les muscles masticateurs ne sont nullement contracturés.

Le 5 septembre, l'impossibilité d'écarter les mâchoires est complète; et quand on essaie de les éloigner l'une de l'autre, elles se rapprochent davantage. Il n'existe cependant aucune contracture des masséters qui sont tout à fait flasques. Pas de raideur dans la nuque; les mouvements du cou sont libres dans tous les sens. La respiration est libre; mais ce qui frappe surtout, c'est l'existence de spasmes pharyngiens, éclatant spontanément et surtout quand on veut faire boire le malade. Dès qu'on lui présente un verre, il s'agite, crie, et les mâchoires se resserrent. Cependant les muscles masticateurs restent flasques.

Traitement : 10 grammes de chloral en lavement.

Le 26 septembre, l'état ne s'est pas sensiblement modifié. Le malade se plaint d'une soif ardente; il essaie lui-même à plusieurs reprises de prendre des liquides, mais sans y parvenir. Il se plaint aussi de maux de tête et de douleurs vagues dans les membres inférieurs. La plaie n'a pas changé d'aspect.

Le 27 septembre, les phénomènes dysphagiques se sont un peu amendés; le malade écarte un peu les mâchoires et peut boire à l'aide d'un petit tube de caoutchouc. Il abaisse sans douleur, mais dans une étendue minime, la mâchoire inférieure; le peaucier semble prendre une part très active à ce mouvement, ainsi qu'en témoigne la tension de ses faisceaux, très saillants sous la peau.

Le 28 septembre, le malade est un peu plus tranquille; mais il est obligé de rester constamment assis dans son lit; la respiration est un peu embarrassée; expectoration de crachats muqueux très abondants. Le sujet souffre peu; mais de temps à autre, il est pris de douleurs vives partant du pharynx, irradiant dans l'abdomen, dans la région épigastrique et jusque dans les lombes. Il se plaint d'un peu de raideur dans la colonne dorsale, mais les mouvements du cou sont toujours libres; la flexion de la tête est seule un peu limitée. Pas d'asymétrie faciale; pas de trismus; même état de la déglutition que la veille.

Le 29 septembre, à la visite du matin, même état, dyspnée assez intense; rien à l'auscultation. Le malade s'éteint « doucement » (d'après les renseignements de la religieuse) à six heures et demie du soir.

Autopsie, le 30 septembre à 2 heures de l'après-midi. — On ne trouve d'autres lésions qu'une congestion marquée de l'encéphale, de l'estomac, des poumons et du foie. Rien de spécial à noter au niveau de la plaie. L'examen de la cavité bucco-pharyngienne ne permet de reconnaître aucune altération.

Des détritus de la plaie, du sang et des fragments du bulbe rachidien ont été recueillis dans des tubes stérilisés à l'autoclave à 110°.

D'après les renseignements qu'a pu nous fournir le malade, on ne saurait en aucune façon invoquer dans ce cas de tétanos l'origine équine. Le froid semble avoir joué un rôle important, en tant que cause occasionnelle; le malade se levait souvent la nuit, sans s'habiller, marchant pieds nus, pour aller au cabinet d'aisances.

Remarques. — Il nous semble difficile d'admettre que, dans le cas particulier, il ne s'agisse pas d'un cas de tétanos. Mais les accidents ont évolué d'une manière tout à fait insolite, et peuvent être rapportés à une variété rare, à celle décrite par Rose sous le nom de *tétanos hydrophobicus*, par Wahl sous le nom de *tétanos céphalique*, par MM. Terrillon et Schwartz sous le nom de *trismus hémiplégique*. Toutefois il est essentiel de noter que le mal a revêtu ici une physionomie toute spéciale, de telle sorte qu'on pourrait, jusqu'à un certain point, intituler l'observation précédente : *forme anormale de tétanos hydrophobique*. En effet, par certains caractères, il se rapproche de la variété décrite par Rose, Wahl et Guterbock; par d'autres particularités, au contraire, il s'en éloigne totalement.

Notre cas ressemble au tétanos hydrophobique :

1° Par les spasmes pharyngés dès le début;

2° Par l'augmentation de l'excitabilité réflexe provoquant des spasmes analogues à ceux de l'hydrophobie;

3° Par l'intégrité des membres supérieurs et inférieurs.

Il diffère du tétanos hydrophobique ordinaire :

1° Par l'absence de toute paralysie faciale;

2° Par son étiologie, la lésion n'occupant nullement le territoire d'un des nerfs craniens;

3° Par l'absence totale de trismus, si on donne ce nom à la contraction des muscles masséters;

4° Par l'absence d'opisthotonos cervical, qui est habituel dans la variété décrite par Rose.

M. VERNEUIL. On a, en effet, donné à ces variétés de tétanos le nom d'*hydrophobique*. Cette dénomination ne me paraît pas bonne, je lui préfère celle de *forme pharyngée*, qui rappelle mieux ce qui en fait l'extrême gravité, à savoir le spasme des muscles du pharynx et du larynx, et l'asphyxie qui en est la conséquence. Cette forme est, peut-être, plus commune après les blessures de la tête, mais survient aussi à la suite des plaies d'autres régions.

Je demanderai à M. Terrillon si M. Charvot a songé, chez son malade, à avoir recours à la trachéotomie. J'ai, dans un cas analogue, au moment de l'asphyxie par spasme, ouvert la trachée et guéri mon malade. On mettait récemment en doute, en Allemagne, que jamais, en cas semblable, pareille intervention eût été tentée. Il est donc bon que le fait dont je viens de parler soit connu.

M. DESPRÉS. Il y a une observation semblable de Marshall Hall.

M. VERNEUIL. Cela fait donc deux observations de trachéotomie dans le tétanos.

M. RECLUS. J'ai eu hier, dans mon service à l'hôpital Tenon, un cas de mort par tétanos. Ce cas présente ceci de particulier, que les accidents ont débuté exactement sept jours après l'opération qui les a provoqués. Or, dans le même service, avant que j'y fusse entré, ceux de mes collègues qui l'occupaient alors ont, eux aussi, observé deux cas de tétanos ayant, comme le mien, débuté sept jours après l'acte opératoire. Dans les trois cas, il s'agissait de plaies enfermées sous un pansement qui n'avait pas été levé, à l'abri, par conséquent, du contact de l'air. C'est dire que le virus tétanique a pénétré dans la plaie au moment de l'opération, et ne s'est manifesté qu'après une période d'incubation de sept jours.

Les accidents, chez mon malade, ont eu une gravité extrême. Le premier jour, au matin, il n'avait qu'un peu de trismus ; le soir, il était mort, probablement à la suite d'un spasme pharyngien. La température était restée normale pendant les sept jours d'incubation (37°,5) ; elle était encore telle le matin du jour où les accidents ont débuté ; le soir, peu avant la mort, elle s'élevait à 40°.

Je me réserve de revenir sur ce fait lorsque l'autopsie aura été pratiquée, et lorsque j'aurai examiné de plus près les conditions dans lesquelles se sont produits ces trois cas, par certains points si semblables.

M. TILLAUX. Un seul mot. L'expression de tétanos *hydrophobique* est absolument celle qui convient au cas que j'ai observé.

En effet, chez mon malade, il n'y avait pas seulement spasme pharyngien, mais encore l'horreur des liquides que l'on constate chez les enragés. Lorsqu'on présentait à ce malheureux un verre d'eau, il se rejetait en arrière avec une expression d'épouvante. Le fait était tellement frappant, que l'on pouvait se demander s'il n'avait pas été mordu par un chien enragé.

M. Berger. Il ne faudrait pas confondre le tétanos céphalique dont nous a parlé M. Terrillon, avec la forme pharyngée ou hydrophobique du tétanos vulgaire, dont MM. Verneuil et Tillaux viennent de nous rapporter des exemples. J'ai, moi aussi, observé un de ces cas de tétanos à début pharyngé entraînant une mort rapide, malgré la résection du nerf cubital, point de départ du spasme. Mais ce n'est pas le tétanos céphalique qui a été décrit, en Alllemagne, par Wahl et, en France, par MM. Terrillon et Schwartz, et dont l'observation de M. Charvot est un nouvel exemple. Dans cette dernière forme, aux convulsions se joignent des paralysies qui lui donnent une physionomie particulière.

Ce sont des faits voisins peut-être, mais non pas identiques.

M. Terrillon. La remarque de M. Berger est parfaitement juste. Le tétanos céphalique, avec phénomènes paralytiques dont j'ai parlé peut devenir pharyngien, mais ne frappe pas nécessairement le pharynx. Cette forme a un début particulier et une marche spéciale; il a, de plus, une gravité considérable. Il ne pardonne, pour ainsi dire, jamais. Les cas de guérison sont infiniment rares.

Communication.

Sur la recherche et l'extraction des balles de revolver logées dans les cavités de l'oreille,

Par M. Paul Berger.

L'abus vraiment effroyable que l'on fait du port et du maniement du revolver rend malheureusement de plus en plus fréquentes les occasions que l'on a d'observer et de traiter les plaies produites par les armes de cette espèce. Aussi le besoin de préciser les indications qui résultent de ces plaies se fait-il vivement sentir, et s'est-il traduit déjà par la discussion approfondie à laquelle s'est livrée, à plusieurs reprises, la Société de chirurgie, lorsqu'elle a cherché à préciser la conduite que devait tenir le chirurgien dans les blessures de l'abdomen et dans celles du crâne, par projectiles de petit calibre.

On ne peut, évidemment, pour des lésions aussi différentes par leur siège et par les accidents auxquels elles exposent, établir des indications communes. Ainsi, la Société qui s'est nettement prononcée contre la recherche et les tentatives d'extraction des projectiles perdus dans la cavité cranienne, a-t-elle accueilli avec plus de faveur l'intervention par laparotomie proposée dans les cas de plaie de l'abdomen, ayant intéressé manifestement l'intestin, surtout lorsque la blessure de l'intestin est révélée par les accidents initiaux de la péritonite septique par perforation. Et pourtant, même dans ce genre de blessure où la nécessité et l'efficacité de l'intervention sont bien mieux établies que dans la plupart des autres, le précepte qui a paru se dégager de la considération des faits observés pourrait être formulé de la sorte :

Dans les plaies par coup de revolver intéressant même des cavités splanchniques et des organes importants, en l'absence d'accidents dépendant de la blessure ou de complications, l'on doit, en général, s'abstenir de toute recherche et de toute tentative d'extraction du projectile.

Voici pourtant une variété de blessures certainement moins profonde et moins grave que celles dont il vient d'être question, importante cependant par les lésions qu'elle détermine et surtout par ses conséquences possibles, mais où la règle qui vient d'être énoncée, l'abstention en l'absence d'accidents, doit faire place à une détermination plus active. Il s'agit des plaies par coup de revolver intéressant les cavités de l'oreille.

Ces plaies résultent, on le conçoit, presque toujours de tentatives de suicide, malgré les dénégations des blessés qui les attribuent parfois à un accident. Dans un certain nombre de cas, la balle a pu fracturer la paroi supérieure du rocher et est allée se perdre dans le crâne, ce dont on est averti par des accidents cérébraux, et presque toujours par l'issue de matière cérébrale mélangée à du sang par le conduit auditif externe. Dans une semblable blessure, la lésion de l'appareil auditif n'est plus qu'un accessoire presque négligeable ; elle doit être traitée comme une plaie pénétrante du crâne par coup de feu.

Mais, en laissant de côté les cas où le coup mal dirigé n'a fait que blesser les parties superficielles de l'organe de l'ouïe, le pavillon, la coque, et est allé se perdre dans les parties molles environnantes, il arrive souvent que le projectile, suivant à peu près la direction du conduit auditif externe, traversant et détruisant la membrane du tympan et la chaîne des osselets, se trouve arrêté par la paroi interne de la caisse où il se loge à un niveau et à une profondeur qui varient avec sa force d'impulsion et avec la direction qu'il a suivie.

C'est dans ces cas qu'il me paraît indiqué de déterminer la position du corps étranger, d'aller à sa recherche et de l'extraire. Les raisons sur lesquelles s'appuie mon expérience sont les suivantes :

Le projectile logé dans les cavités de l'oreille n'est pas, comme les projectiles perdus dans la profondeur des parties molles ou des organes, dans des conditions qui permettent d'espérer son enkystement. Enclavé au milieu des débris du rocher, il baigne dans le sang qui, aussitôt après la blessure, a rempli les cavités de l'oreille, et qui, au contact de l'air, doit inévitablement subir la décomposition putride. Il en résulte que la caisse du tympan et les espaces qui communiquent normalement ou accidentellement avec elle, seront envahis par la suppuration qu'on voit se développer les jours qui suivent l'accident, avec son cortège ordinaire de phénomènes douloureux et fébriles. Cette suppuration est entretenue par la présence du projectile, et, comme on ne peut compter sur l'élimination spontanée de celui-ci, ni même l'espérer, on doit craindre la persistance indéfinie des accidents inflammatoires dans une région où ceux-ci sont particulièrement redoutables. En effet, si l'on n'a pas à compter avec la conservation du sens de l'ouïe qui est irrémédiablement perdu dès l'abord, on peut voir l'inflammation envahir les cellules mastoïdiennes, déterminer la nécrose des esquilles osseuses produites par l'action du projectile, et même à la longue l'altération des parties avoisinantes du rocher, d'où la possibilité d'une paralysie faciale se développant plus ou moins longtemps après l'accident (ce phénomène s'est produit chez le malade qui fait le sujet de notre dernière observation), d'hémorrhagies dues à l'ulcération de la carotide interne ou de la jugulaire, et surtout le danger d'une méningite ou d'une encéphalo-méningite de voisinage. Même alors que le blessé ne succomberait pas à quelqu'une de ces complications dont les écrits des chirurgiens militaires rapportent de nombreux exemples, il resterait condamné à une interminable suppuration dont les inconvénients se passent de tout autre commentaire.

En voilà, je le pense, assez pour légitimer la recherche et la tentative d'extraire le projectile, et la seule considération qui pourrait retenir le chirurgien serait la crainte de provoquer des accidents plus graves encore par des manœuvres conduites à l'aveugle et sans indications précises. Or, nous avons, dans l'appareil électrique de M. Trouvé, un moyen aussi simple que fidèle de reconnaître la présence et de déterminer, de la façon la plus rigoureuse, la situation des balles et de leurs fragments. Au milieu des éclats de la caisse tympanique et du rocher, on ne peut retirer aucune indication utile de l'exploration faite avec les stylets ordinaires. On ne

peut guère mieux attendre du stylet muni d'un bouton de porcelaine dont s'est servi Nélaton, en raison de la petitesse du projectile dont la surface échappe au frottement du bouton de porcelaine sur lequel il devrait laisser son empreinte. Quant à l'inspection directe du conduit auditif et de la caisse par la vue aidée du spéculum et d'un éclairage suffisant, elle est rendue le plus souvent impossible les premiers jours par le sang qui obstrue l'oreille, puis par les granulations bourgeonneantes qui remplissent le conduit auditif et la caisse dès que la suppuration a commencé à se faire jour.

Avec l'appareil de M. Trouvé, il n'y a guère d'erreur possible : à peine les deux pointes métalliques que porte le stylet ont-elles rencontré le corps métallique, que la sonnerie de l'avertisseur indique, de la manière la plus indubitable, que c'est bien sur la balle et non sur un fragment osseux que le stylet est parvenu, et, en déterminant rigoureusement la direction qu'avait le stylet au moment où la sonnerie s'est fait entendre et la longueur de l'instrument qui était engagée dans l'oreille, on peut savoir, à un millimètre près, quelle est la situation de la balle. De même, en promenant le stylet électrique sur la surface du projectile, on peut se rendre compte assez exactement de l'étendue dans laquelle il se présente à l'examen, et, par conséquent, se faire une idée des difficultés plus ou moins grandes que présentera son extraction.

Cette exploration, du reste, ne présente aucun inconvénient, puisqu'elle se fait, bien entendu, sous le couvert des précautions antiseptiques nécessaires, au travers d'un chemin largement ouvert où l'on n'a à redouter de détruire aucune adhésion protectrice, aucun travail de réparation commençant. L'on s'arrêterait, bien entendu, dans ces recherches si le stylet, remontant du côté du crâne, venait à s'enfoncer profondément; une exploration étendue au delà des limites du rocher est sans but, et elle peut n'être pas sans inconvénient. L'examen négatif que l'on a fait en pareil cas prouve au moins que le projectile ne s'est pas arrêté dans l'oreille et qu'aucune tentative d'extraction n'est à faire.

Dans le cas, au contraire, où l'exploration faite avec l'appareil de M. Trouvé donne un résultat positif, il faut entreprendre l'extraction du projectile, et, ici encore, l'appareil en question va nous rendre les plus grands services.

Il faut, tout d'abord, s'ouvrir une voie directe et commode et diminuer, autant que possible, la distance qui sépare le corps à enlever de la main du chirurgien. Pour cela, le meilleur moyen m'a paru de détacher dans sa demi-circonférence supérieure et de rabattre le pavillon de l'oreille, ainsi que l'a fait M. le professeur Verneuil dans une observation dont il a donné le résumé à la Société

de chirurgie. La section se fait presque à l'union du cartilage de la conque avec le conduit auditif osseux. On diminue ainsi de moitié la longueur du conduit auditif externe; on supprime l'inflexion qu'il présente normalement dans sa partie externe; on permet aux rayons lumineux d'y pénétrer en plus grande abondance. L'hémorragie qui résulte de cette section est, d'ailleurs, facilement arrêtée par l'application de quelques pinces à pression.

Mais la voie ainsi créée n'est, le plus souvent, pas suffisante encore pour aborder aisément le projectile; il faut inciser en arrière le conduit auditif et attaquer avec le ciseau le bord antérieur de l'apophyse mastoïde; on pourrait peut-être, si cela semblait donner plus de facilité, faire ce débridement en avant et réséquer avec des pinces coupantes une partie de la lame tympanique; mais cela paraît moins commode et moins sûr.

Le reste de l'opération se conçoit aisément : avec le stylet de M. Trouvé, on détermine à nouveau la situation de la balle; puis on guide sur lui les instruments, leviers, élévateurs, pinces tire-balles, qui doivent la mobiliser et l'extraire. Ce n'est pas une besogne facile, d'autant qu'il faut agir avec une extrême prudence pour ne pas compléter certaines fractures qui n'existent qu'à l'état de simples fissures et dont l'écartement ouvrirait la cavité cranienne. Il peut même arriver, et il m'est arrivé dans le second cas que je rapporte, que l'extraction ne soit pas possible et qu'il faille détruire le corps étranger sur place en l'évidant avec des curettes. J'ai pu, de la sorte, enlever la presque totalité d'une balle de revolver qui ne se laissait pas ébranler. Ici surtout, l'emploi constant de l'appareil Trouvé me rendit un important service, forcé que j'étais de contrôler à chaque instant la nature des parties sur lesquelles j'agissais avec la cuiller tranchante. Au cours de l'opération, le stylet qui était en communication avec la pile étant venu en contact avec le nerf facial, la contraction qui se produisit dans les muscles de la face m'avertit de ne pas pousser davantage mes recherches dans cette direction.

Enfin, après avoir bien observé le fond de l'oreille, l'éclairage direct permet de contrôler les données fournies par l'exploration électrique et de reconnaître qu'il ne reste plus rien du corps étranger. Le pavillon de l'oreille est alors remis en place et fixé par une double suture, dont l'une profonde, au catgut, comprend les cartilages, dont l'autre, superficielle, au crin de Florence, affronte la peau. L'opération entière ayant été conduite avec de strictes précautions antiseptiques, on fait un tamponnement des cavités de l'oreille avec de la gaze iodoformée, et on entoure toute la région de coton hydrophile antiseptique et d'un bandage modérément serré.

Je m'attendais, dans les deux cas où j'ai eu l'occasion de pratiquer des recherches de ce genre, à voir une réaction assez vive être la suite des violences exercées dans une région aussi sensible. Non seulement il n'en a rien été, mais les opérés n'ont même pas souffert après l'opération. Le pansement, laissé une huitaine de jours en place, n'était pas souillé quand on le retira, la température étant restée constamment normale, et la suppuration, qui était fort abondante avant l'opération, fut supprimée complètement dans le premier cas et réduite à presque rien dans le second. Quant au pavillon de l'oreille, il s'était réuni par première intention, et rien ne pouvait faire reconnaître qu'il eût été plus qu'à moitié séparé de la tête. L'ouïe, naturellement, ne put se rétablir, mais je suis convaincu que l'extraction du corps et la régularisation du foyer traumatique permirent à mes opérés d'échapper aux conséquences pénibles, peut-être dangereuses pour la vie, et, dans tous les cas, interminables de leur blessure.

Je crois donc que la recherche des projectiles de petit calibre logés dans la cavité de l'oreille et leur extraction pratiquée avec toutes les précautions nécessaires, facilitées par l'instrument perfectionné que nous avons à notre disposition, doivent passer dans la pratique ordinaire. J'ajoute que je ne vois aucune raison pour différer, en pareil cas, l'intervention, et qu'il y a, au contraire, tout avantage à débarrasser le blessé du corps étranger qu'il porte avant que l'inflammation suppurative se soit développée. On évitera peut-être, en le faisant, de voir se développer certaines complications, comme cette paralysie faciale qui, chez mon second malade, se produisit une quinzaine de jours après la blessure.

Observation I. — Au commencement du mois de juillet de l'année dernière, on apportait dans mon service, à l'hôpital Tenon, un jeune homme qui avait reçu, quelques jours auparavant, une balle de revolver du calibre de 7 millimètres à l'oreille droite un peu en avant du conduit auditif externe. Le blessé, qui n'avait pas perdu connaissance, attribuait sa blessure à un accident causé par sa maladresse ; il est présumable néanmoins que nous avions affaire aux suites d'une tentative de suicide.

Quoi qu'il en soit, il n'existait aucun des caractères qui peuvent faire croire à la pénétration du projectile dans la cavité cranienne : mais la direction de la plaie devait faire admettre que le projectile, ou tout au moins qu'une partie du projectile y était restée engagée, car on avait retiré du conduit auditif externe, peu après l'accident, un fragment de balle de plomb représentant à peu près la moitié de son volume.

Quelques jours après l'entrée du malade à l'hôpital, l'exploration de la région blessée, faite avec beaucoup de précaution et de douceur, donna les résultats suivants : L'examen de l'oreille fait constater, à quelques

millimètres en avant du conduit auditif externe, dans la cavité de la conque et à moitié cachée par le tragus, une perforation à bords contus, d'où s'écoule un peu de pus. Une abondante suppuration remplit également le conduit auditif externe. Le stylet introduit dans la plaie de la conque chemine presque directement de dehors en dedans et vient bientôt heurter contre un corps solide et rugueux : introduit par le conduit auditif externe, le stylet donne également la sensation de contact rugueux en plusieurs points, situés à diverses profondeurs. Après avoir débarrassé, au moyen d'une injection phéniquée, le conduit auditif de la suppuration qui le remplit, on pratique l'exploration de l'oreille externe avec le speculum : on trouve de la sorte un fragment osseux très visible, appartenant à la lame tympanique qui fait saillie à la partie supérieure et antérieure du conduit auditif et au delà duquel il est difficile de distinguer nettement quelque chose, bien que le stylet se heurte encore contre des corps durs donnant un contact sonore.

Le mercredi 20, assisté de M. Trouvé qui est venu mettre son appareil explorateur à ma disposition, je répète cet examen. La tige de l'appareil, introduite dans le conduit auditif, dépasse la saillie osseuse qu'on y découvre, et, un peu plus loin, arrivant sur un corps dur, elle donne la notion d'un contact métallique qui se révèle par une sonnerie continue ; on obtient de même le contact métallique en introduisant la tige par le canal traumatique. Le corps métallique ainsi reconnu se trouve placé vers la partie inférieure de la caisse du tympan, à plus de 3 centimètres de l'entrée du conduit auditif : il donne un contact assez étendu qui se révèle par le fonctionnement de la pile. Au-dessus de ce corps, la tige de l'instrument rencontre encore des parois dures et rugueuses ; mais celles-ci ne donnent plus la réaction caractéristique du métal.

Ainsi l'exploration avec l'appareil de M. Trouvé nous a permis de déterminer avec certitude la présence et la situation du projectile, ou d'une de ses parties. En répétant, aussitôt après, l'examen de l'oreille au speculum, je puis apercevoir très profondément une saillie noirâtre, à reflet métallique évident, occupant la place indiquée, c'est-à-dire la partie la plus inférieure et la plus profonde de la caisse tympanique ; c'est le projectile qui, pour arriver à cet endroit, a dû traverser la lame tympanique, et rompre bien entendu la membrane du tympan.

Une tentative très modérée d'extraction par les voies naturelles échoue absolument : on ne peut saisir le projectile, encore moins le déplacer ; d'ailleurs le conduit auditif est obstrué en partie par un gros fragment osseux qu'on ne peut déplacer, et, au bout d'un instant, l'écoulement sanguin empêche de rien voir de ce que l'on fait. Le blessé ayant mangé le matin, la tentative d'extraction est remise à un autre jour ; en attendant, des injections phéniquées sont pratiquées dans le conduit auditif externe que l'on remplit de gaze iodoformée. Sous l'influence de ce traitement, la suppuration diminue notablement.

Le 27 juillet, je procède à l'*extraction du projectile*, avec l'aide de mon collègue M. le Dr Gérard Marchant et avec le concours de M. Trouvé.

Le malade étant endormi, l'intérieur de l'oreille soigneusement lavé,

la situation du corps étranger est encore déterminée avec l'appareil de M. Trouvé.

Après avoir vainement tenté de l'attirer avec des pinces dentées, je détache la demi-circonférence supérieure du pavillon de l'oreille, en intéressant le cartilage dans toute sa moitié supérieure, à deux millimètres environ de son insertion au conduit auditif osseux : l'écoulement sanguin que cette incision détermine est arrêté avec des pinces ; le pavillon de l'oreille étant renversé et fortement attiré en bas avec un écarteur, il devient alors beaucoup plus facile de pénétrer dans le conduit auditif et de l'explorer ; ce n'est néanmoins que grâce à l'appareil Trouvé qu'il est possible de distinguer, parmi les contacts multipliés que les instruments donnent avec les parois osseuses à nu et les fragments osseux, le relief déterminé par le projectile. Malgré des essais réitérés, ce dernier ne peut être saisi, ni retiré par le conduit auditif.

J'incise alors avec le thermocautère (pour n'être pas gêné par le sang, dans mes recherches) le pont de parties molles qui sépare la perforation déterminée par la balle, de l'entrée du conduit auditif externe. — J'arrive de la sorte sur les fragments de la lame tympanique ; fortement enclavés, ils ne peuvent être enlevés au davier, il faut les attaquer avec le ciseau et faciliter ainsi l'accès vers le projectile. A chaque instant, d'ailleurs, il faut contrôler, avec l'appareil Trouvé, les notions que donne le doigt ou l'introduction des instruments ; on peut enfin, avec une pince, arriver jusqu'au projectile, le saisir et l'extraire. C'est un fragment de plomb, irrégulier, creusé d'une gouttière sur un de ses bords et qui représente à peu près la moitié d'une balle du calibre 7 ; les recherches les plus minutieuses et les plus multipliées pour découvrir le reste du projectile demeurent inutiles. La cavité où l'on se meut est limitée par les parois du rocher, la base de l'apophyse mastoïde, l'articulation temporo-maxillaire ; nulle part on n'y trouve de corps étrangers mobiles, ou de surface métallique, l'appareil de M. Trouvé l'indique de la manière la plus certaine. On est dans le proche voisinage du nerf facial, *ainsi que le prouve la contraction des muscles de la face que produit à de certains moments, la manœuvre de l'explorateur électrique dans la plaie* ; d'autre part, comme un fragment du projectile a été retiré peu après l'accident, il est permis de croire qu'il n'en reste plus dans la plaie. Si le contraire a lieu, il est certain que la partie de la balle qui n'a pu être extraite est allée se loger au loin, soit vers la base de l'apophyse ptérygoïde, soit en dedans de l'apophyse mastoïde, ou vers la colonne vertébrale. Il est en tout cas inutile de continuer les recherches.

On remet en place le pavillon de l'oreille et on le fixe au moyen de points de suture profonds, au catgut, intéressant le cartilage, et de points superficiels au crin de Florence. Le conduit auditif, la caisse, le foyer traumatique, soigneusement débarrassés de caillots sanguins, lavés avec la solution phéniquée à 2 1/2 0/0, sont saupoudrés d'iodoforme et modérément bourrés avec de la gaze iodoformique. Une compression légère est exercée sur la région avec de l'ouate salicylée.

Je m'attendais à ce que cette opération, qui avait nécessité des manœuvres prolongées et parfois violentes dans l'intérieur de l'oreille moyenne, serait suivie d'une réaction plus ou moins intense et, en tout cas, de douleurs vives. Il n'en fut rien ; l'opéré ne souffrit ni de céphalalgie, ni de fièvre ; il ressentit tout au plus le premier jour une douleur tensive dans l'oreille, douleur qui se dissipa dès le lendemain.

Le pansement put être laissé en place une huitaine de jours ; quand on le renouvela, on constata qu'il existait à peine un peu de pus dans le conduit auditif externe, quoique l'opération eût été pratiquée en plein foyer de suppuration. Les points de suture qui fixaient à sa place le pavillon de l'oreille furent enlevés vers le dixième jour ; la guérison était alors parfaite. Le peu de suppuration qui s'était reproduite dans le conduit auditif externe disparut promptement, et, un mois après l'opération, le blessé pouvait quitter l'hôpital ; la perforation produite par la balle et les incisions nécessitées par son extraction étaient parfaitement cicatrisées ; il n'y avait aucune espèce de sensibilité douloureuse de l'oreille ni des régions avoisinantes, mais je n'ai pas besoin d'ajouter que l'ouïe était, de ce côté, complètement et définitivement abolie.

Obs. II. — Un jeune homme de 26 ans avait tenté de se tuer, le 5 septembre de l'année dernière, en se tirant un coup de revolver dans l'oreille droite. L'arme était du calibre de 7 millimètres, elle avait été tenue horizontalement de la main droite, le canon étant appuyé contre le conduit auditif externe; un seul coup avait été tiré, le blessé ayant aussitôt perdu connaissance.

Il revint bientôt à lui, une hémorrhagie assez abondante s'était faite par la plaie; le blessé fut aussitôt transporté à l'hôpital.

Le lendemain, il se plaignait surtout d'une douleur excessivement vive dans les alentours de l'oreille, douleur s'irradiant dans les régions mastoïdienne et temporale, mais ayant son maximum dans l'oreille elle-même; cette douleur, caractérisée par des élancements très vifs, persista plus d'un mois malgré les calmants et les narcotiques ; à l'époque où je vis le malade pour la première fois, au commencement de novembre, elle revenait encore par accès assez fréquents et elle restait à l'état de douleur sourde, permanente.

Dès les premiers jours la suppuration s'était fait jour par le conduit auditif externe; très abondante au début, elle avait depuis lors diminué sous l'influence des injections et des pansements antiseptiques ; jamais, d'ailleurs, il n'y avait eu de fièvre ni de phénomènes généraux.

Une quinzaine de jours après l'accident, le blessé s'aperçut que sa bouche se déviait, que la commissure labiale droite s'abaissait; en même temps il remarquait qu'il ne fermait plus l'œil droit qu'avec difficulté *et qu'il avait perdu le goût des aliments dans la moitié droite de la langue :* cette perte du goût, qui fut constatée à plusieurs reprises, dura un mois et demi environ ; puis ce trouble s'atténua et finit par disparaître. Il n'en fut pas de même de la paralysie faciale qui ne fit que s'accentuer davantage. Au commencement de novembre, le malade ne

pouvait contracter l'orbiculaire des paupières; à droite, la joue était flasque, la commissure labiale droite déviée, mais il n'y avait pas de déviation de la langue.

Depuis l'accident, l'ouïe du côté droit était absolument abolie, même au contact des corps sonores avec le crâne. L'exploration plusieurs fois répétée du conduit auditif externe avec un stylet n'avait pu faire reconnaître l'endroit où s'était logé le projectile; l'examen pratiqué avec le speculum ne donnait pas davantage de renseignements, car le conduit auditif était obstrué par des bourgeons charnus suppurants. Ces explorations étaient d'ailleurs peu douloureuses; mais on pouvait constater une sensibilité manifeste, avec un peu d'empâtement de la région mastoïdienne qui présentait un point particulièrement douloureux, en arrière du conduit auditif externe.

Le 12 novembre, muni de l'appareil Trouvé, j'allai à la recherche du corps étranger que la direction du canal traumatique et les commémoratifs devaient faire considérer comme engagé dans la partie profonde de la plaie. — Après avoir heurté plusieurs fois contre des parois osseuses dénudées et rugueuses, l'instrument, transversalement enfoncé, rencontra environ à 3 centimètres de profondeur un contact métallique assez étendu en surface. En réitérant cette exploration, je pus arriver à reconnaître que la balle, ou l'un de ses fragments, devait être engagé à la partie postérieure et inférieure du labyrinthe, à peu près vers l'orifice des cellules mastoïdiennes. Ainsi que je l'ai dit, l'obstruction du conduit auditif par les granulations suppurantes, ne me permit pas de confirmer par l'examen au speculum les notions résultant de l'exploration électrique de l'oreille.

Le 17 novembre, j'endormis le blessé, et je pratiquai l'extraction du projectile. Après avoir, comme dans l'observation précédente, détaché la demi-circonférence supérieure du pavillon de l'oreille et rabattu ce dernier de manière à pénétrer aisément dans le conduit auditif externe, je reconnus que la balle, logée derrière la saillie du bord antérieur de l'apophyse mastoïde, ne pourrait être abordée et saisie si l'on n'élargissait la voie qui donnait accès vers elle; j'incisai donc en arrière le conduit auditif externe jusqu'à l'apophyse mastoïde, et j'attaquai celle-ci au ciseau de manière à élargir le diamètre antéro-postérieur du conduit auditif osseux. Ayant alors constaté derechef la situation du projectile qui était plus directement accessible, je cherchai à le saisir avec des pinces, un tire-balles, à engager derrière lui un stylet, à le soulever et à le faire basculer avec un levier; toutes ces tentatives faites avec beaucoup d'insistance et pour lesquelles je fus obligé de déployer de la force, n'amenèrent aucun résultat utile, et je fus obligé de m'arrêter devant le saignement abondant qu'elles déterminaient et devant la crainte que j'avais de produire quelque fracture de la paroi supérieure du rocher. Il ne me restait plus d'autre ressource que de chercher à fragmenter et à détruire sur place la balle et d'en extraire les morceaux; c'est ce que je fis en l'attaquant avec des cuillers tranchantes et de petites curettes. J'eus la satisfaction d'en détacher, copeau par copeau, la presque totalité et je ne m'arrêtai que lorsque l'instru-

ment explorateur, introduit à plusieurs reprises dans la cavité de l'oreille et promené dans toutes les directions, ne donna plus de contact avec aucun corps métallique : à ce moment la quantité de plomb extraite représentait la plus grande partie du volume d'une balle du calibre 7, et l'examen de l'oreille pratiqué au speculum après que l'écoulement sanguin eût été arrêté par le tamponnement, permit d'affirmer que nulle part, sur les parois osseuses de la caisse, il n'était possible de constater un corps noirâtre ou un reflet métallique. Tout me portait donc à croire que le projectile avait été enlevé en totalité.

Je ne saurais trop insister sur les services que l'appareil de M. Trouvé m'a rendus à chaque instant pendant cette longue opération qui a duré près d'une heure et demie; c'est lui seul qui me permit non seulement de constater la situation précise du projectile; mais de diriger sur lui les instruments avec certitude, de retrouver les fragments de plomb que j'en avais séparés, enfin d'affirmer qu'il ne restait plus en ce point de corps étranger à extraire.

L'opération terminée, le pavillon de l'oreille fut recousu, les cavités auditives furent saupoudrées d'iodoforme et bourrées avec de la gaze iodoformée.

Comme dans le cas précédent il n'y eut ni réaction, ni fièvre, ni douleur. Le pansement ne fut renouvelé que le 26 novembre; les sutures du pavillon de l'oreille furent enlevées le 7 décembre. Quoiqu'il se soit reproduit un peu de suppuration par le conduit auditif externe, celle-ci resta très peu abondante et finit par tarir presque complètement vers le 15 décembre. Le malade quitta l'hôpital à la fin de ce mois, portant pour tout pansement un peu de salol et un tampon d'ouate dans l'oreille, n'ayant plus aucune sensibilité spontanée ou provoquée par les explorations au niveau de l'oreille ou aux environs, mais conservant une paralysie faciale presque complète et une surdité absolue du côté droit.

Le blessé vint me trouver à l'hôpital Lariboisière au mois d'avril; il avait depuis sa sortie négligé de faire régulièrement son pansement, et la suppuration du conduit auditif externe s'était reproduite. En pratiquant l'examen de l'oreille externe, je constatai qu'un gros bourgeon charnu faisait saillie dans le conduit auditif, à la paroi supérieure duquel il semblait avoir pris naissance. Au centre de ce bourgeon se trouvait une tache noirâtre; en examinant celle-ci de plus près, je vis qu'elle était constitué par une pointe qui devait appartenir à un fragment du projectile que j'avais cru enlever en totalité. — Je pus, en effet, saisir avec des pinces, et extraire sans difficulté un fragment de plomb représentant un tiers environ de la balle. Ce fragment était logé dans la partie supérieure du conduit auditif, beaucoup plus superficiellement que la partie que j'avais extraite quelques mois auparavant tout me porte à penser que le projectile s'était fragmenté sur le rebord osseux du conduit auditif externe; que la partie la plus importante de la balle, continuant son chemin, était allée se loger dans le rocher d'où je l'avais extraite, tandis que le fragment le moins volumineux était resté aplati sur le rebord supérieur de l'orifice de ce conduit. Ainsi me

première opération, tout en débarrassant complètement la caisse du tympan et le rocher, avait laissé dans les parties molles un fragment qui avait échappé à mes recherches, grâce à sa situation superficielle. Je pense que le malade guérit complètement à la suite de l'extraction de ce dernier. — Je ne l'ai plus revu, et il n'est plus venu se faire panser dans le service.

Un détail de cette observation concorde entièrement avec un fait observé par M. Thiéry, interne des hôpitaux, dans un cas analogue, et communiqué par lui à la Société anatomique (1) : un blessé, qui avait reçu une balle dans l'oreille, présentait une perte totale de la sensibilité gustative de la langue du côté lésé; l'autopsie permit de constater que la corde du tympan avait été rompue par le projectile. Chez le deuxième de nos blessés également, il existait une perte de la sensibilité gustative de la langue du côté correspondant à la blessure; cette abolition ne fut que temporaire. La guérison du malade ne nous permit pas de constater directement la lésion de la corde du tympan; mais celle-ci était au moins probable, en raison de la destruction étendue du tympan et même des parois de la caisse qui existait de ce côté. *Nous pouvons donc considérer que ce cas, de même que celui qu'a fait connaître M. Thiéry dans son intéressante communication, est confirmatif de l'opinion de Lussana et d'Inzani qui font de ce rameau nerveux un nerf de sensibilité gustative.*

Discussion.

M. Terrillon. J'ai, il y a huit ou neuf ans, observé un fait presque absolument semblable à ceux dont M. Berger vient de nous parler. L'observation a été publiée. Je la résume en peu de mots.

Il s'agissait d'un jeune homme de 28 ans, qui s'était tiré un coup de revolver dans l'oreille. Les premiers phénomènes furent presque nuls. L'exploration du trajet faite avec soin, ne m'apprit non plus tout de suite pas grand'chose; le stylet me conduisait sur un corps dur, mais je ne savais si je touchais l'os ou la balle; le stylet de Nélaton ressortit intact. Au bout de quelque temps, la plaie ne se fermant pas et fournissant une suppuration venant évidemment des parties profondes, je résolus de renouveler mes tentatives. Je fis d'abord quelques expériences sur le cadavre, pour me rendre compte de la profondeur à laquelle pénétrait le stylet chez mon blessé. Puis, avec l'aide de mon collègue et ami M. Terrier, et le concours de M. Trouvé, j'explorai à nouveau le trajet avec le stylet électrique de ce dernier. La sonnerie nous avertit immédiatement que nous étions sur la balle. Il ne s'agissait plus que de l'extraire. Pour cela j'appliquai sur l'apophyse mas-

[1] *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, LXIII[e] année, 1888, mai, p. 528.

toïde, immédiatement à côté de l'orifice d'entrée, une petite couronne de trépan ; je pénétrai ainsi dans les cellules mastoïdiennes ; peu à peu, brisant et enlevant des parcelles osseuses avec un stylet, je finis par arriver jusque sur le corps étranger ; je parvins non sans efforts à le faire basculer et à l'amener au dehors.

La guérison fut rapide. Au bout de cinq semaines, elle était absolument complète. Mon malade est resté sourd de cette oreille, mais il n'y a plus eu, depuis lors, trace d'accidents cérébraux.

M. Desprès. Les faits de MM. Berger et Terrillon sont évidemment fort intéressants et tout en faveur de l'intervention dans les cas de ce genre. Je m'en tiens cependant pour ma part au vieux précepte de chirurgie, qui veut qu'on n'aille à la recherche des projectiles que quand on les sent bien ; quand, pour les extraire, on ne doit pas produire de trop grands délabrements ; enfin, quand on est à peu près certain de réussir.

J'ai le souvenir de trois cas, dans lesquels j'ai été appelé auprès de blessés ayant reçu un coup de feu dans l'oreille.

Le premier était un homme qui s'était tiré dans l'oreille un coup de revolver du calibre 9. Il ne présentait aucun autre accident qu'un écoulement par le conduit auditif. Je me gardai d'aller à la recherche de la balle ; je supposai, en effet, que celle-ci devait être dans le crâne, et à une distance telle que toute tentative d'extraction devait être impossible ou périlleuse. Et, en effet, le sixième jour c'est-à-dire au jour où les accidents surviennent en pareil cas, comme dans toute plaie pénétrante du crâne, éclatèrent des phénomènes d'encéphalite, rapidement suivis de mort. Je me suis félicité, et je me félicite encore de mon abstention.

Chez un deuxième blessé, la balle s'était logée dans les cellules mastoïdiennes. La plaie était complètement cicatrisée au bout de 5 jours. Le malade garda la balle et ne s'en porta pas plus mal.

Dans mon troisième cas, enfin, le projectile (calibre 7), avait évidemment pénétré dans le rocher. Le blessé présentait en effet une paralysie faciale très nette ; paralysie portant, surtout sur la bouche et l'aile du nez. il y avait encore quelques mouvements de la paupière supérieure. Malgré l'avis du médecin qui m'avait appelé, je me refusai à toute tentative opératoire. Pour satisfaire cependant mon confrère et la famille, je fis une exploration avec le stylet de Nélaton ; je n'eus aucune empreinte. Au bout de huit jours, la petite plaie était guérie. Ce blessé a survécu ; sa paralysie faciale a même diminué d'étendue ; elle s'est limitée à la commissure des lèvres, ce qui indique que le nerf avait été contus mais non coupé par la balle.

De ces faits je conclus que, lorsqu'une balle a pénétré dans le rocher ou dans les cellules mastoïdiennes, il n'y a aucun inconvénient à l'y laisser. Jamais, en tous cas, il ne faudra aller d'emblée à sa recherche. Celle-ci ne pourrait être entreprise que s'il se produisait ultérieurement une suppuration prolongée. Dans le cas contraire, mieux vaut attendre, sans rien faire, l'enkystement du projectile, qui est toujours possible.

M. Berger. Je n'ai rien à répondre à M. Terrillon. Son intéressante observation vient absolument à l'appui de la thèse que je défends.

A M. Després, je me permettrai de dire que ses faits ne prouvent pas grand'chose, au point de vue, du moins, où je me suis placé. Dans sa première observation, en effet, il s'agit d'un cas tout différent de ceux que j'ai envisagés; il y avait plaie pénétrante du crâne. Il est de simple bon sens que, dans ce cas, il n'y avait rien à faire. Chez son second malade, M. Després suppose que la balle s'était arrêtée dans les cellules mastoïdiennes. Libre à lui de le penser, mais il ne peut le prouver, puisqu'il n'a fait aucune exploration. On sait quels chemins étranges suivent souvent ces projectiles ; rien ne démontre que dans ce cas le corps étranger n'ait pas été se loger ailleurs. Le troisième fait est plus concluant. Mais que prouve-t-il ? Ceci seulement : qu'un blessé qui conserve une balle dans le squelette de l'oreille peut guérir. Mais en regard de ce cas heureux, combien pourrais-je en citer où la mort est survenue.

Que M. Després veuille bien remarquer, d'ailleurs, que la recherche du projectile, dans les cas dont j'ai parlé, ne nécessite pas les grands délabrements qu'il redoute. Pour ce qui est de l'oreille externe, il n'est pas besoin d'en parler, la restauration des parties se fait sans peine, et il ne reste pas trace de l'intervention. Quant aux lésions plus profondes, qu'on est obligé de produire, elles sont sans gravité. C'est, du moins, pour établir ce point que j'ai pris la parole.

Communication.

Canule d'irrigateur Eguisier dans la vessie. Extraction par les voies naturelles. Éruption quinique.

Par M. Nicaise.

Observation.—Un homme de 65 ans, balayeur, entre dans mon service à l'hôpital Laënnec, le 6 octobre 1885. Il s'était introduit, dix jours aupa-

ravant, une canule d'irrigateur Eguisier dans le canal de l'urèthre. Le corps étranger a atteint peu à peu la cavité vésicale; il en est résulté une cystite légère avec ténesme ; les douleurs disparaissaient par le repos. Par le toucher rectal, on constate que la prostate est normale ; on ne sent pas le corps étranger. L'exploration vésicale, avec un instrument métallique, montre que l'urèthre est très large et que le corps étranger est situé dans le bas-fond de la vessie, à gauche. La canule, dont les dimensions nous sont connues exactement, le malade ayant eu le soin de nous en présenter une identique à celle introduite dans l'urèthre, mesure 65 millimètres de long et 8 millimètres de large dans sa partie la plus large.

J'avais à choisir entre la cystotomie et l'extraction par les voies naturelles ; étant donné le diamètre de l'urèthre chez notre malade, je pensai pouvoir faire l'opération sans incision et me servir du redresseur de Collin. L'instrument est introduit facilement et le corps étranger saisi un peu au-dessus du pas de vis, de sorte qu'il dépasse le talon du redresseur et ne peut franchir le col de la vessie. En desserrant légèrement les mors de l'instrument, j'essaie de faire glisser la canule (que le propulseur central ne suffit pas à déplacer), en appuyant un peu son extrémité sur le bord du col vésical ; mais la canule dépasse toujours le talon du redresseur. Alors, introduisant l'index gauche dans le rectum, je sens facilement le corps étranger, que l'on peut déplacer avec l'aide du redresseur, et je presse sur l'extrémité qui est près du talon, de façon à la faire remonter. Cette manœuvre, recommandée par M. le professeur Guyon, a complètement réussi, et l'instrument a pu franchir assez facilement le col vésical et le canal de l'urèthre. Le malade était anesthésié. Je ferai remarquer que le corps étranger avait 8 millimètres de diamètre ; en y ajoutant l'épaisseur du mors de l'instrument, cela donnait au moins à ce dernier un diamètre de 12 millimètres.

Il y eut de petites déchirures de la muqueuse uréthrale et un léger écoulement sanguin. Sulfate de quinine, 1^{gr},50; naphtaline, 5 grammes en cinq paquets.

5 *octobre*, surlendemain de l'opération. Purgatif. Cystite légère, uréthrite.

6 *octobre*. Œdème de la verge.

9 *octobre*. Eruption, qui a débuté la veille, de papules superficielles, assez confluentes, généralisées sur tout le corps, plus abondantes sur le tronc et les bras, et s'accompagnant de vives démangeaisons.

10 *octobre*. L'éruption s'étend et devient érythémateuse ; les papules ont disparu ; on a cessé la naphtaline et le sulfate de quinine.

11 *octobre*. Desquamation ; sur les avant-bras, elle se montre sous la forme de larges plaques.

13 *octobre*. Gonflement de l'urèthre au niveau de la région du bulbe.

18 *octobre*. La desquamation est presque terminée ; la peau reprend son aspect normal.

2 *novembre*. Incision d'un petit abcès sous-cutané de la fesse gauche ; il contenait une cuillerée à café de pus.

3 *novembre*. Épididymite légère à gauche.

Le malade sort, vers le 15 novembre, guéri et urinant bien.

Remarques. — L'éruption qu'a présenté notre malade doit être attribuée au sulfate de quinine ; déjà, en 1872, travaillant dans une fabrique de sulfate de quinine, il a eu une éruption généralisée, très prurigineuse.

L'éruption quinique est rare ; Verdeer, entre autres, de Lyons, près New-York, en signale un cas ressemblant à celui que nous avons observé (*Medical-Record*, 1886 ; *France méd.*, 1888, p. 1050).

J'appellerai aussi l'attention sur les dimensions du corps étranger ; si le canal n'eût pas présenté chez notre malade une grande largeur, j'aurais pratiqué la cystotomie. Enfin, je ferai remarquer l'importance du toucher rectal pour rectifier la position du corps étranger dans le redresseur.

Discussion.

M. Desprès. M. Nicaise nous a dit que, s'il n'avait pas réussi à extraire ce corps étranger de la vessie par les voies naturelles, c'est à la taille sus-pubienne qu'il aurait eu recours. Je ne partage pas sur ce point son avis. On oublie trop facilement que les tailles médiane et périnéale sont de bonnes opérations qui ont fait leurs preuves. Pour moi, toutes les fois que l'on est certain de ne pas être obligé de dépasser les limites de la prostate, c'est-à-dire toutes les fois qu'il s'agit d'extraire un calcul ou un corps étranger de petit volume, c'est à la taille médiane, et non à la taille sus-pubienne que l'on doit s'adresser de préférence.

Lecture.

M. Bazy lit une observation intitulée : *Anévrysme cirsoïde ou varice anévrysmale de la main et du membre supérieur droit.* (M. Routier, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secréaire,

Ch. Monod.

Séance du 17 octobre 1888.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Nicaise demandant un congé de trois mois pour raison de santé.

A propos du procès-verbal.

Sur la taille sus-pubienne.

M. Berger. Dans la dernière séance, M. Tillaux vous a montré des calculs multiples qu'il avait retirés de la vessie d'un malade par le moyen de la cystotomie sus-pubienne. Voici un fait, très analogue dans lequel j'ai, par la même opération pratiquée avec l'aide du ballon de Petersen, procédé à l'extraction des dix calculs que je vous présente.

Il s'agissait d'un homme, âgé de 63 ans, très affaibli par une cystite calculeuse, et présentant des accidents de pyélo-néphrite. Par le toucher rectal on constatait l'existence d'un énorme calcul, qui semblait enclavé dans la région prostatique de l'urèthre et que l'on retrouvait aisément par la palpation hypogastrique ; le cathétérisme était difficile, et donnait la sensation caractéristique. L'imminence d'une terminaison fatale qui semblait devoir être prochaine, si on n'intervenait promptement, me détermina à pratiquer la cystotomie sus-pubienne.

Opération le 24 mars, à 10 heures, avec l'assistance de mon collègue M. Perier. — Le malade étant très maigre, une distension très modérée de la vessie et l'emploi du ballon de Petersen suffirent à déterminer le relief du réservoir vésical à la région hypogastrique. L'incision conduisit très rapidement et sans écoulement sanguin à la face anté-

rieure de la vessie ; on ne vit même pas le tissu cellulaire sous-péritonéal.

La vessie fut incisée, les bords de la solution de continuité saisis avec des pinces, et l'incision agrandie avec des ciseaux dans une étendue de six centimètres. Le doigt, introduit dans la cavité vésicale, reconnut alors l'existence de deux calculs ou fragments de calculs mobiles qui furent retirés ; ils étaient gros environs comme des noisettes et couverts d'incrustations.

En explorant la région du bas-fond, le doigt rencontra bientôt l'extrémité supérieure d'un énorme calcul enchatonné ; la partie accessible de ce calcul étant comme enserrée par un relief circulaire de la paroi vésicale qu'il fallut dilater avec une spatule mousse : agissant avec celle-ci comme avec un levier, on put libérer les calculs que renfermait cette loge, un très gros et deux ou trois petits, qui se correspondaient par des surfaces polies mais qui étaient rugueux, couverts d'incrustations et adhérents à la muqueuse par leur face externe. Cette loge étant ainsi évacuée, les calculs extraits, on découvrit plus en avant, au niveau même du col vésical, l'orifice d'une autre cellule renfermant encore un gros calcul qui fut isolé et enlevé, non sans peine, de la même façon. Un plus petit calcul, gros comme une grosse aveline, fut également retiré d'une cellule placée sur la partie latérale de la vessie ; la surface interne de ce réservoir présentait d'ailleurs partout des colonnes et des dépressions dont une, située sur la partie supérieure et plus marquée que les autres, s'étendait presque jusqu'à l'ombilic.

On croyait tous les calculs enlevés, quand, en introduisant le doigt dans le rectum, M. Perier constata que le gros calcul dont on avait pu déterminer la présence par le toucher rectal était toujours en place ; la cellule où il était situé correspondait à la partie la plus déclive de l'énorme arrière-cavité d'où j'avais retiré les premiers calculs ; son orifice était très resserré, il fallut le dilater avec la spatule et libérer toute la circonférence du calcul qu'une pression énergique, exercée avec le doigt au travers de la paroi rectale, fit bientôt saillir dans la vessie d'où il put être extrait non sans peine en raison de son volume ; il était irrégulièrement ovoïde et mesurait quatorze centimètres de circonférence suivant son plus grand axe. En explorant encore la vessie, je découvris enfin dans la partie qui correspondait au pubis droit une très grosse loge d'où fut extrait un calcul aplati. Toutes ces extractions ne furent pas faites sans peine, à cause de l'adhérence des calculs aux parois des cellules où ils étaient logés, de l'étroitesse de l'orifice de ces dernières ; mais elles purent être obtenues sans violence et sans saignement notable.

Enfin nous reconnûmes qu'en dehors du réservoir vésical, du moins en apparence, dans la cavité abdominale, au niveau de la région iliaque droite supérieure, existaient deux noyaux durs superposés, faciles à sentir en déprimant la paroi abdominale, et donnant au palper la même sensation que les calculs que nous venions d'extraire de la vessie. Tous nos efforts, en explorant la cavité vésicale avec le

plus grand soin, pour rechercher l'orifice des cellules où étaient renfermés ces corps durs, furent inutiles et nous dûmes admettre, ou qu'ils se trouvaient enchatonnés dans des loges complètement closes, ou qu'ils étaient situés en dehors de la vessie dans l'uretère droit ou dans une cavité accidentelle.

L'opération terminée, la vessie fut largement irriguée à la solution borique, débarrassée de poussière calculeuse et de caillots ; les deux tubes en caoutchouc de M. Perier furent placés jusque dans l'arrière-cavité la plus déclive située dans le bas-fond de la vessie et fixés à la peau par un point de suture. Tout le reste de la plaie abdominale fut réuni par une suture au crin de Florence comprenant les muscles de la paroi. La plaie fut pansée au salol et recouverte d'un bandage ouaté. Il n'y eut pas de suture vésicale pratiquée ; les lèvres de l'incision vésicale, revenant sur elles-mêmes, s'appliquaient assez exactement sur les tubes qui sortaient par cette ouverture. On s'assura aussitôt du bon fonctionnement de ces tubes, où des injections d'eau borique furent pratiquées toutes les dem-heures.

Les premières vingt-quatre heures se passèrent sans accidents, le malade ne souffrant nullement et ne paraissant pas affaibli par l'opération; la température un peu au-dessous de la normale. Un litre d'urine fut rendu par les tubes ; elle était très faiblement colorée par le sang.

Le 25 au matin il y eut un vomissement, bientôt suivi de plusieurs autres ; les urines se supprimèrent complètement, quoique les tubes introduits dans la vessie fonctionnassent librement, et, le soir, je trouvais l'opéré dans un état de dépression profonde avec refroidissement des extrémités, gêne de la respiration et petitesse extrême du pouls : il succomba le 26 au matin dans un état analogue au coma urémique.

L'*autopsie* pratiquée au bout de quarante-huit heures, permit de constater l'intégrité absolue du péritoine qui n'était nullement enflammé et n'était le siège d'aucun épanchement. La vessie était complètement revenue sur elle-même, ses parois étaient épaisses et fibreuses. On put retrouver les cellules dont les calculs avaient été extraits : elles présentaient des dimensions de beaucoup supérieures à celles de la vessie avec laquelle elles ne communiquaient que par des orifices assez étroits : leurs parois étaient d'une minceur extrême. L'une d'elles, située à droite, et dont je n'avais pu trouver l'accès pendant l'opération, renfermait encore des calculs identiques comme aspect et comme structure à ceux que j'avais pu extraire. Les uretères étaient prodigieusement dilatés ; les deux reins étaient réduits à l'état de coque fibreuse n'ayant nulle part un centimètre d'épaisseur ; ils présentaient les lésions les plus avancés de la pyélonéphrite avec dilatation extrême des calices et des bassinets.

Les *calculs* extraits de la vessie étaient au nombre de dix, dont l'un a éte remis à l'interne en pharmacie du service ainsi que quelques incrustations calcaires, pour en pratiquer l'analyse chimique. Ils pesaient aussitôt après leur extraction 175 grammes, sans ce dernier

calcul ; avec lui et la poussière calcaire extraite par les lavages, le poids total devait s'élever à 190 grammes et même davantage. Ces calculs étaient de dimensions très différentes ; le plus gros avait 14 centimètres de circonférence suivant son plus grand diamètre ; le plus petit était gros comme un dé à jouer. Ils étaient extrêmement irréguliers : seul le plus volumineux présentait une forme ovoïde, étranglée par un sillon en son milieu. Les autres étaient en général polyédriques par pression réciproque ; les facettes par lesquelles ils se correspondaient présentaient l'aspect d'un silex ou d'un calcaire grossièrement taillé, offrant des arrêtes vives, planes et assez polies ; la partie de leur surface qui était en contact avec les parois des cellules où ils étaient logés, était au contraire arrondie, rugueuse, blanchâtre ou colorée par le sang.

En examinant ces calculs on reste convaincu qu'ils ne proviennent pas de la fragmentation récente d'un ou de plusieurs calculs plus volumineux, mais qu'ils étaient indépendants et immobiles les uns sur les autres dès l'origine. Deux d'entre eux avaient un aspect tout particulier ; l'un très régulièrement polyédrique, légèrement taillé en coin, présentait au moment de son extraction une surface lisse, une coloration noire si caractéristique que l'on eût pu croire que c'était un calcul biliaire. Un autre des calculs ayant été partiellement écrasé par les tenettes, et le revêtement calcaire qui formait sa surface externe s'étant détaché, on a pu voir à son centre, adhérent encore en partie aux couches calcaires en question, un calcul cubique, absolument analogue au précédent, noir, lisse, et dont la surface, un peu effeuillée, laissait apercevoir les couches plus centrales colorées en brun rouge.

La section de ces calculs fit reconnaître qu'ils étaient composés de couches concentriques, d'apparence calcaire, disposées autour d'un noyau central plus ferme et de coloration noirâtre, analogue à celle des calculs que nous venons de mentionner. Les plus gros étaient formés par l'agglomération de deux ou même de trois concrétions semblables, présentant chacune son noyau central, polyédrique et de coloration foncée, et des couches périphériques d'apparence calcaire, affectant une disposition concentrique mais s'aplatissant au niveau des faces par lesquelles ces concrétions se correspondaient.

Ces calculs soumis à l'analyse chimique, renferment comme éléments principaux, dans leurs couches périphériques, du phosphate de chaux et des sels magnésiens ; dans leurs couches centrales, de l'acide urique et des urates et surtout une grande quantité d'oxalate de chaux. Leur centre contient des traces de cholestérine. On n'y a nulle part trouvé de cystine, non plus que d'albumine, de xanthine, ou d'autres principes organiques.

Il me semble que la formation de ces calculs doit être interprétée de la façon suivante : Des calculs d'urate et d'oxalate de chaux multiples, tombés dans les cellules vésicales, s'y sont recouverts de couches de phosphates calcaires et ammoniaco-magnésiens, de manière à remplir complètement la cavité de ces cellules et à s'y

enchâtonner, en formant ainsi le noyau de concrétions plus volumineuses. Lorsque deux ou plusieurs de ces calculs d'oxalate de chaux se sont trouvés inclus dans une même cellule, les concrétions dont ils se sont entourés se sont agglomérées de manière à former un calcul unique, plus volumineux.

L'extraction des calculs enchatonnés a été très laborieuse en raison de l'exiguïté de la communication existant entre la cellule où ils étaient enfermés et la cavité vésicale, et de leur adhérence intime aux parois de ces cellules. En la pratiquant on s'exposait évidemment à rompre les parois, très minces, de ces cellules ; quoique nous ayons pu éviter un semblable accident, on peut se demander si, dans un cas analogue, il ne vaudrait pas mieux se borner à extraire les calculs siégeant dans la cavité vésicale en abandonnant ceux qui sont enchatonnés dans les cellules et dont la présence peut à la rigueur être tolérée.

Relativement à l'emploi du ballon de Petersen je n'ai qu'un mot à ajouter : la facilité que donne ce moyen pour l'ouverture de la vessie est indiscutable ; les accidents qu'il détermine sont tout à fait exceptionnels. Si pour éviter des dangers improbables et que l'on peut presque toujours éviter avec de l'attention et une grande prudence de manœuvres, on voulait se priver d'une ressource aussi précieuse, il faudrait se résoudre à s'abstenir dans presque tous les cas qui réclament notre intervention, car celle-ci n'est jamais sans entraîner quelques risques.

Communication.

De l'amputation partielle du col dans le traitement du cancer de l'utérus.

Par M. VERNEUIL.

Deux opérations chirurgicales sont opposées de nos jours au cancer du col utérin, dans l'espoir d'obtenir la cure radicale de ce mal redoutable ou du moins une notable prolongation de l'existence :

L'ablation complète de l'organe ou *hystérectomie totale*.

L'amputation du col ou *hystérectomie partielle*.

La première méthode, quoique ancienne déjà, n'a réellement repris racine dans la thérapeutique que depuis quelques années, c'est-à-dire à partir du jour où elle est devenue plus facile à exécuter et surtout moins meurtrière, grâce au choix de meilleurs procédés et à l'emploi des mesures antiseptiques. Cette réhabilita-

tion, il faut le reconnaître, n'est pas partie de notre pays ; c'est à l'étranger et surtout en Allemagne qu'on s'est remis à pratiquer avec une sorte de fureur l'hystérectomie totale soit par l'hypogastre, soit par le vagin. Suivies d'une mortalité formidable et de résultats ultérieurs désastreux, ces tentatives jusqu'en 1884, nous avaient laissés froids et vous ne songeâtes à les répéter qu'après avoir reçu deux communications adressées de province par nos distingués et sympathiques confrères Jules Bœckel, de Strasbourg, et Demons, de Bordeaux. A cette époque, comme l'atteste la discussion du 4 juin 1884, vous étiez presque unanimes à condamner l'extirpation totale ; à la vérité, vous semblez avoir depuis changé d'avis et cherché à réparer le temps perdu, à en juger par les nombreuses observations que renferment nos *Bulletins* des quatre dernières années.

La seconde méthode, depuis sa création, est toujours restée inscrite au répertoire chirurgical et je crois que la plupart des chirurgiens d'un certain âge l'ont pratiquée et en apprécient l'utilité. Mais il faut convenir qu'elle n'est guère en faveur dans cette enceinte, où, pour la plupart, vous semblez la proscrire ou du moins ne tenir, pour ainsi dire, aucun compte des résultats qu'elle a donnés en d'autres mains.

En effet, si on lit avec attention tout ce qui a été dit ici-même sur l'hystérectomie, depuis 1884, on verra que l'amputation partielle n'a guère été soutenue que par mon excellent collègue et ami Polaillon, dont la pratique est à la fois aussi sage que hardie, et par moi-même [1]. Dans deux courtes allocutions prononcées le 4 et le 11 juin (*Bulletin*, p. 454 et 469), je rappelais les résultats que j'avais obtenus jusqu'alors, et protestais contre un discrédit regrettable. Cette question du traitement chirurgical du cancer utérin me préoccupait bien avant qu'elle ait été portée devant vous. A la fin de 1883, en effet, j'écrivais pour les *Archives générales de médecine* un mémoire [2] attestant que, depuis ma première opération, faite il y a tout près de trente ans, je n'ai jamais cessé de pratiquer l'amputation du col dans des cas de tumeur bénigne ou maligne où elle me semblait indiquée, ce qui m'est arrivé 26 fois jusqu'à ce jour.

Dans le même travail, je disais quelques mots de l'hystérectomie totale et de son application rationnelle, pensant qu'en cette région et pour l'utérus, comme pour les autres régions et organes :

[1] Deux ans plus tard, le 26 février 1886, notre excellent collègue, le Dr Kœberlé, publiait dans la *Gazette hebdomadaire* une note où il recommandai également l'hystérotomie vaginale.

[2] Publié en janvier et février 1884.

lèvres, nez, langue, pénis, rectum, l'étendue de l'exérèse opératoire doit être porportionnée à l'étendue des lésions; — qu'en d'autres termes, on peut se contenter de l'ablation partielle quand le cancer est bien limité au col, et recourir à l'extirpation complète, quand le corps est primitivement ou secondairement envahi.

Cet éclectisme peu compliqué aurait tracé tout naturellement la sphère d'application des deux méthodes qui, gardant chacune leurs indications respectives, auraient ainsi cessé d'être rivales; mais nous sommes à une époque où les solutions absolues sont en faveur; aussi, à l'heure présente, certains chirurgiens proscrivent catégoriquement l'une ou l'autre des opérations dans des cas cependant où toutes deux, paraissant praticables, devraient pour le moins être mises sérieusement et utilement en parallèle.

Je ne veux pas ici reprendre à fond les arguments contradictoires ni relever les exagérations qu'on constate des deux côtés. Je me bornerai à discourir principalement sur le sujet que je crois pouvoir éclairer par mon expérience personnelle, c'est-à-dire l'amputation partielle du col atteint de néoplasies diverses.

Toutefois, je ne cache nullement qu'en fournissant des faits et des arguments en faveur de cette opération fort injustement délaissée, j'espère faire reviser ou par vous ou par d'autres le jugement qui, pour la majorité des cas, accorde aujourd'hui à l'hystérectomie totale une prééminence tout à fait imméritée.

Comme en 1884, je reviendrai brièvement sur cette dernière opération que j'ai vue de près depuis quatre ans et que je suis plus en mesure d'apprécier.

Comme l'indique son titre [1], mon mémoire de 1884 avait surtout pour but de décrire et de recommander un procédé plus simple, plus sûr que les autres, et surtout à la portée de tous les praticiens. Incidemment, je soulevais la question du pronostic opératoire que je déclarais bénin. Enfin j'indiquais des cures certaines, des guérisons probables, des survies importantes; mais, comme j'avais confondu dans mon relevé 3 cas de tumeurs bénignes et 17 cancers, puis des opérations supposées complètes et d'autres qui ne l'étaient évidemment point; comme j'avais perdu de vue plusieurs de mes cancéreuses; que d'autres vivaient encore, avec ou sans récidive, sans qu'il fût possible de prévoir quand et comment leur mal se terminerait; que, chez l'une d'elles entre autres, l'opération, fort bien réussie en apparence, datait seulement de quatre mois, je ne songeai point alors à utiliser ma série, qui pourtant avait sa valeur, pour juger le traitement opératoire du cancer utérin, ni la compa-

[1] *Amputation du col de l'utérus avec l'écraseur linéaire. Remarques sur l'emploi de cet instrument.*

rer à une série pareille d'hystérectomies totales, pour savoir laquelle des deux méthodes était plus capable de sauver ou de prolonger la vie.

Je fis cependant à cette époque un relevé numérique intéressant que je n'ai point inséré dans mon travail, mais que je vous ai déjà communiqué. Voici sur quoi il portait :

Ayant, pour mes 17 cas de cancer, additionné tous les mois écoulés depuis l'opération jnsqu'à l'époque de la mort, de la perte de vue ou du moment où je publiais mon mémoire, j'étais arrivé à un total de 326 mois, soit en moyenne 19 mois par opérée. Notez bien que cette moyenne était évidemment inexacte et sûrement défavorable : ainsi je ne comptais que 36 mois de survie à deux opérées (malade de Lourcine et domestique de médecin), qui au bout de ce temps n'offraient pas encore de récidive et qui peut-être sont encore vivantes aujourd'hui [1].

Je ne portais à l'actif que pour deux et quatre mois les malades que je venais d'opérer en septembre et novembre 1883, ce qui était tout à fait inexact comme le prouvent les renseignements ultérieurement recueillis et que voici :

Observation. — L'opérée de novembre, Mme R..., grande et robuste femme de 25 à 26 ans, était depuis quelques mois atteinte de pertes considérables, surtout au moment des règles, sans éprouver d'ailleurs ni douleurs, ni troubles graves dans sa santé. Au toucher, on trouvait le col très volumineux, dur dans ses parties profondes, mollasse à sa surface et saignant au moindre contact. Le speculum d'une part et de l'autre l'examen des fragments détachés de la surface avec l'ongle confirmaient le diagnostic d'épithélioma papillaire. Les culs-de-sac étaient libres et l'utérus offrait la disposition en sablier, de sorte qu'on aurait pu espérer une ablation complète du mal, si le diamètre de la portion sus-vaginale du col n'avait pas été aussi considérable. Au moment de l'opération, je m'attendais donc à laisser du tissu malade au centre de la plaie.

Néanmoins je poursuivis l'entreprise à titre de moyen palliatif. Ayant traversé le col aussi haut que possible et placé la première chaîne, je la serrai lentement, mais j'éprouvai vers la fin de la section une résistance très forte que je n'avais jamais rencontrée dans mes opérations précédentes et que je ne pouvais m'expliquer ; alors, ayant porté mon doigt sur le col, je sentis un corps dur qui surgissait de son orifice et qui, saisi avec une pince à polypes, n'était autre qu'un fausset de

[1] Ne pouvant reproduire ici mon premier travail avec les faits et les commentaires qu'il renferme, et auxquels je serai forcé de faire sans cesse allusion, j'y renvoie le lecteur qui, avec quelque attentiou, saura bien reconnaître malgré leur brièveté les observations que je citerai de nouveau dans la présente note.

marchand de vin, long de cinq centimètres et sur lequel on voyait l'empreinte de la chaîne. Celle-ci n'avait pas pu le sectionner, mais l'avait cependant, en raison de sa forme conique, poussé doucement hors de la cavité du col, où il était enfoui avant l'opération.

J'achevai la première section, puis la seconde, et j'examinai la coupe, Tout était bien enlevé à l'extérieur, mais au centre, comme je l'avais prévu, la muqueuse du canal cervical était tuméfiée, mollasse, en un mot fort suspecte. J'y portai le thermo-cautère avec énergie, espérant que peut-être ce gonflement muqueux provoqué par le contact du corps étranger ne serait pas de mauvaise nature.

Je cite ce cas comme un exemple assez curieux de corps étranger intra-utérin ayant peut-être été la cause du développement du papillome. Interrogée plus tard sur la manière dont ce fausset était venu se loger dans la cavité du col, la malade, comme on pouvait s'y attendre, déclara qu'elle ne savait pas ce que nous voulions lui dire.

Les résultats opératoires furent excellents. Les hémorrhagies et les pertes sanieuses cessèrent, et la cicatrisation elle-même marcha si bien, qu'elle paraissait complète au bout de deux mois. La malade se croyait absolument guérie. Je l'avertis cependant de la possibilité d'une récidive et lui recommandai de venir nous revoir au moins tous les deux ou trois mois.

Elle se présenta en mars 1884. Le vagin se terminait en cul-de-sac, le moignon du col n'y faisait aucune saillie. L'orifice était central, étroit, et indiqué par un petit bourgeon muqueux qui n'avait point mauvais aspect. Il n'y avait donc point apparence de récidive. Néanmoins, la portion sus-vaginale était encore volumineuse.

Bien que je n'aie nullement rassuré cette femme, je ne la vis plus qu'à la fin de 1884, un an après son opération et en pleine récidive.

Je la conservai quelques semaines dans mes salles pour détruire les bourgeons épithéliaux avec l'acide chromique et diminuer ainsi les pertes. Les hémorrhagies ayant presque disparu, les douleurs étant toujours nulles et la santé générale se maintenant presque aussi bonne qu'avant l'opération, la malade voulut retourner chez elle. Le mal alors progressa assez vite, et j'appris que la mort était survenue dans le courant du printemps de 1885, environ 16 mois après l'opération.

Observation. — La première malade, Mme G. L..., opérée en septembre 1883, fut plus heureuse. A la vérité, elle était soignée par mon excellent collègue et ami le Dr Siredey, si compétent en pathologie utérine, et qui non seulement avait reconnu à temps la nature du mal, mais encore conseillé l'opération en temps opportun. La dame avait eu plusieurs enfants. L'utérus bien mobile fut attiré sans violence à la vulve et nous plaçâmes les chaînes avec la plus grande facilité. On constata sur la pièce que toute la portion vaginale du col avait été enlevée et que les limites de l'épithélioma avaient été bien dépassées [1].

[1] La nature épithéliale de la pièce fut reconnue au microscope, par M. le Dr Armand Siredey.

Non seulement les suites furent d'une extrême simplicité ; mais aujourd'hui même la guérison ne s'est pas démentie. En effet, voici quelques lignes extraites d'une lettre que notre collègue M. Siredey vient de m'écrire. « J'ai reçu en août 1888 des nouvelles de Mme Ph... L'état général est meilleur qu'avant l'opération ; il n'existe aucun indice de récidive. »

Ces observations me permettent d'ajouter aux 326 mois additionnés à la fin de 1883, 14 mois pour la femme M. R... et 57 pour Mme Ph..., ce qui élève le total à 397, soit, pour les 17 opérées, une moyenne de survie de 23 mois [1].

Depuis 1884, je n'ai rien écrit sur l'amputation du col, mais je l'ai pratiquée cinq fois encore pour des productions malignes, et une fois pour une induration très suspecte, avec hémorrhagies incoercibles. Je laisse provisoirement de côté ce dernier cas, et m'occupant seulement des cinq premiers, je vais montrer que cette seconde série confirme très favorablement les conclusions que j'avais pu tirer de mes dix-sept premières opérations.

Les malades opérées aux dates suivantes : 28 février 1885, 7 mars 1885, 21 juin 1885, 10 mai 1887, 7 juillet 1888, sont encore toutes vivantes [2]; ce qui, en calculant la survie comme pour la première série, donne jusqu'à ce jour (mi-octobre) les chiffres suivants : 43, 43, 40, 17 et 3, soit un total de 146 mois, et pour chaque opérée une moyenne de 29 mois en chiffres ronds, qui devra nécessairement s'accroître, et même assez notablement, si j'en juge par l'état actuel des opérées, et surtout des deux dernières.

[1] Puisque je complète quelques-unes de mes anciennes observations, je dirai quelques mots de la malade citée a la fin de mon mémoire de 1884 (*Arch. gén. de méd.*, février, p. 155, et tirage à part, p. 34).

Elle était atteinte de végétations épithéliales de la cavité du col, constatées au microscope, que notre ancien collègue Depaul avait extirpées quatre autres fois, qui récidivaient toujours et que j'opérai moi-même à plusieurs reprises avec les pinces à polypes, puis avec la curette, et toujours sans succès durable.

C'est alors qu'en août 1882 je me décidai à faire, avec le concours de mon chef de clinique actuel, le Dr Guinard, la résection cunéiforme de la lèvre antérieure du col, ce qui me permit d'ouvrir largement, de gratter énergiquement sa cavité. Quelques accidents survinrent du côté de la cicatrice d'une ovariotomie antérieure, mais l'affection utérine reste guérie depuis plus de six ans.

En raison de ces récidives constantes et de la nature manifestement maligne de la lésion, on aurait certainement pu voir dans ce cas une indication formelle à hystérectomie totale. Mais, outre que dans ce cas particulier l'opération eût été bien difficile et bien grave, on voit par le résultat obtenu qu'ic encore j'ai bien fait de pratiquer l'*actum minoris periculi*, puisque ma tentative a eu l'efficacité désirée avec la simplicité et la bénignité en sus

[2] Je donnerai un peu plus loin les cinq observations.

En effet, chez Mme G... (obs. V), atteinte d'ailleurs d'épithélioma glandulaire, forme la plus bénigne de néoplasie utérine, l'ablation a été assez large et les limites du mal suffisamment dépassées pour que, d'après mon expérience, la récidive, si elle survient, ne doive pas se montrer avant six mois au plus tôt, et la mort plus tardivement encore.

Chez Mathilde (obs. IV.), que j'ai tout récemment revue, l'état général et local, après dix-sept mois, ne laisse rien à désirer. La malade a engraissé et ne souffre aucunement; les règles sont normales comme quantité et qualité; en mettant les choses au plus bas, la mort est tout à fait improbable avant un an.

Le sort des trois autres patientes est moins rassurant.

Après une période de près de trois ans d'une santé telle qu'on aurait pu croire la cure radicale (s'il ne fallait pas se montrer très réservé dans l'emploi de cet adjectif, quand il s'agit de néoplasmes), les deux opérées de février et mars 1885 sont aujourd'hui sérieusement atteintes, quoique ni l'une ni l'autre n'offrent de récidive utéro-vaginale appréciable. Il est certain que Mme B... (obs. II) présente un gonflement du membre inférieur gauche et une tumeur dure, évidemment ganglionnaire, qui comprime le nerf crural, la veine iliaque externe dans la fosse du même nom, et que la cliente de M. van den Abeele (obs. I), également exempte de récidive locale, présente, dans sa santé générale, des troubles obscurs, imputables peut-être à une généralisation viscérale.

Quant à l'opérée de juin 1885, elle est menacée d'une mort prochaine. La récidive vaginale, insignifiante d'ailleurs, et qui date à peine de quelques mois, porte exclusivement sur la cicatrice. La récidive utérine et péri-utérine, beaucoup plus sérieuse, comprime le rectum, gêne la défécation, envahit très probablement les plexus sacrés et, en tout cas, occasionne depuis quelques mois des douleurs violentes que la morphine à hautes doses ne parvient plus à calmer. Je suppose qu'avant deux ou trois mois cette malheureuse aura succombé.

On remarquera que la moyenne de survie dans ma première série a été moins bonne, puisqu'elle ne donnait à chacune de mes opérées que vingt-trois mois, tandis que dans la seconde cette moyenne va jusqu'à vingt-neuf mois. La différence est, jusqu'à un certain point, explicable. D'abord, de mes dix-sept premières patientes, l'une succomba en trois jours, n'apportant, par conséquent, rien à mon actif. Puis j'ai pratiqué, avant 1884, pour le moins, huit opérations incomplètes, avec deux récidives soudaines, une récidive prompte, et cinq cas dans lesquels la plaie opératoire ne s'est jamais cicatrisée. Chez toutes ces malheureuses, la mort est survenue à la fin de la première année et dans le courant de la seconde.

Dans la deuxième série, je ne compte qu'une opération presque certainement incomplète (obs. III.). Les quatre autres ont été radicales au moins pour l'utérus, l'examen des pièces ayant démontré que toute la partie lésée du col avait été bien enlevée.

Ce nombre si considérable des opérations incomplètes dans ma pratique ancienne reconnaît plusieurs causes. J'ai eu affaire d'abord à des variétés anatomiques plus graves et à des lésions plus étendues, mais j'ai la certitude que l'exécution a été moins bonne dans mes premières opérations et que, pour les raisons que j'ai longuement exposées dans mon travail de 1884, j'ai rarement dépassé les limites de l'épithélioma en employant le procédé primitif de Chassaignac. Depuis que je coupe le col en deux moitiés, j'ai des résultats opératoires bien supérieurs, les récidives locales deviennent plus rares, et la mort de plus en plus tardive.

Au reste, je puis fournir, sur la question si importante de la récidive, des renseignements assez précis, ayant suivi mes opérées longtemps, sinon toujours, jusqu'à la terminaison de leur maladie.

J'ai observé *neuf récidives locales :*

Huit précoces, qui n'ont été, à proprement parler, que la continuation du mal après une trêve généralement courte.

Une dernière, certainement *tardive,* quoique de date inconnue, et à marche très lente, car la malade est encore en vie, trente-neuf mois après l'opération. Probablement il y a aussi chez elle production néoplasique intra-pelvienne (obs. III).

Six fois au moins, sur ces *neuf cas*, j'ai reconnu, immédiatement après l'opération et à l'examen des pièces, que l'ablation n'avait pas été complète.

Dans les *douze autres faits*, le foyer opératoire est resté indemne de toute repullulation :

Deux fois jusqu'à la mort, survenue après sept ans et après dix-sept mois ;

Cinq fois jusqu'à l'époque où les malades ont été perdues de vue en très bon état, trois ans en moyenne après l'opération ;

Deux fois chez des opérées encore vivantes aujourd'hui, mais atteintes de récidive à distance, survenue après trois ans de guérison apparente et qui amèneront la mort plus ou moins vite.

Trois fois, enfin, chez des femmes actuellement bien portantes, opérées depuis cinq ans (cliente de M. Siredey), dix-sept mois (obs. IV) et trois mois (obs. V) [1].

J'ai observé, en l'absence de toute reproduction locale, quatre

[1] Je ne puis m'empêcher de faire remarquer que cette absence de récidive locale, dans la proportion de 57 0/0, est très favorable à l'amputation partielle.

récidives à distance, dont trois dans les ganglions pelviens et une à siège douteux et probablement viscéral, toutes les quatre tardives, n'ayant paru qu'après six ans, trois ans (deux fois) et quinze mois, sans entraîner, d'ailleurs, trop rapidement la mort, puisqu'une opérée a vécu encore quatre mois, une autre toute une année, et que les deux dernières ne paraissent pas menacées d'une mort très prochaine.

En résumé, des vingt opérées qui ont survécu plus ou moins longtemps, treize ont été atteintes de récidive : au point opéré exclusivement, huit fois; à distance exclusivement, quatre fois; localement et à distance (obs. III), une fois.

Par malheur, je ne puis rien dire des cinq malades que j'ai perdues de vue après trois ans en moyenne, ni des trois dernières que j'ai encore sous les yeux, et que rien ne semble menacer.

Ces résultats, impartialement examinés, ne sauraient ni confirmer ni infirmer l'espoir de la cure radicale. Peut-être quelques-unes des cinq opérées perdues de vue et des trois que j'observe encore seront-elles sauvées pour toujours, entre autres celle qui semble guérie depuis cinq ans; mais il ne faut pas oublier que, chez ma première opérée, la récidive n'a paru qu'après six ans d'une santé parfaite.

C'est pourquoi, sans être pessimiste, j'ai crainte que la récidive ne soit de beaucoup la plus commune des terminaisons. Mais, en revanche, je ne saurais admettre qu'elle soit aussi rapide ni aussi inévitable que le prétendent les adversaires de l'hystérectomie partielle, et encore moins que l'avantage, sous ce rapport, reste à l'hystérectomie totale. A ce point de vue, je puis utiliser encore mes observations et les partager en deux groupes, suivant que l'extirpation primitive a été localement incomplète ou complète.

Six fois, jusqu'à ce jour, j'ai reconnu, aussitôt l'opération finie, que j'avais laissé dans la plaie une quantité plus ou moins considérable de tissu morbide (résultat prévu et accepté d'avance dans 3 cas); six fois j'ai vu naturellement le mal poursuivre ou reprendre sa marche après un arrêt plus ou moins long.

Trois fois j'avais cru l'éradication complète, mais je m'étais trompé, puisque la récidive locale s'est montrée très vite.

Douze fois, en revanche, mes prévisions d'ablation totale ne m'avaient pas trompé, puisque la récidive locale faisait encore défaut au bout de plusieurs années. Il est donc moins difficile qu'on ne le pense d'enlever par l'hystérectomie partielle toute la partie malade de la matrice, et point n'est besoin pour cela, comme on l'affirme, d'extirper toujours l'organe en son entier. A la vérité, et quatre de mes opérations le démontrent trop, l'opération irréprochable du néoplasme utérin, si elle prévient la récidive locale,

n'empêche pas, en particulier dans les ganglions pelviens, la repullulation à distance, laquelle est aussi grave que si l'épithélioma avait reparu dans le moignon. A quoi on peut répondre que, dans ce cas, la médecine opératoire a fait tout ce qu'elle peut faire, et que l'hystérectomie totale n'aurait pas été plus efficace.

En effet, bien que tardivement pris en apparence, les ganglions, au moment de l'opération, étaient envahis déjà par des colonies épithéliales tout aussi inaccessibles à l'une qu'à l'autre des deux méthodes opératoires rivales.

Dans ces cas, qu'on ne saurait malheureusement prévoir, la partie est perdue d'avance, puisque l'opération, fatalement incomplète et laissant en place une partie du mal, ne peut être que palliative ; mais alors tout l'avantage reste à l'ablation partielle, tout aussi inefficace sans doute, mais incontestablement plus simple et plus bénigne. C'est précisément cette bénignité grande de l'amputation partielle du col qui autorise à la pratiquer dans des cas où on sait bien qu'elle restera incomplète et ne servira qu'à atténuer, à la manière de certains topiques ou pansements, de graves symptômes, tels que l'hémorrhagie et la septicémie vaginale.

L'hystérectomie totale, au contraire, comme je l'ai déjà dit en 1884 et comme je le répète plus que jamais, ne rentre pas dans le cadre des opérations palliatives et ne saurait être pratiquée dans le modeste but de prolonger l'existence, en améliorant l'état local. Donc, si elle n'a pas chance sérieuse d'être radicale, elle doit être résolument mise de côté.

Quant à la guérison définitive (autant qu'elle est possible en cas d'épithélioma), on la peut obtenir par l'amputation partielle aussi bien que par l'extirpation totale ; tout dépend du point où porte la section, et surtout de l'état du système lymphatique dans son district péri-utérin. Si les limites du néoplasme peuvent être franchement dépassées, et si vaisseaux et ganglions sont encore indemnes, on pourra compter sur le succès, comme à la lèvre inférieure, au gland, à la langue, dans les mêmes conditions.

La préoccupation principale du chirurgien doit porter sur le diagnostic topographique ; si l'examen minutieux du mal, de son étendue, de sa nature histologique, de sa marche, de sa date, lui laisse espérer la réalisation des deux conditions anatomiques précitées, il devra, tout en reconnaissant l'égale puissance curative de l'hystérectomie, lui préférer, sans hésiter, l'amputation partielle comme *actum minoris periculi*.

A fortiori, si le diagnostic histologique est douteux, point sur lequel je reviendrai un peu plus loin, il faut bien se pénétrer de ce fait, que la cause anatomique de l'insuccès réside moins dans l'utérus lui-même que dans ses dépendances lymphatiques, ce qui

fait qu'au cas où ces dernières sont envahies, l'hystérectomie totale n'est pas plus efficace que l'hystérectomie partielle et reste seulement beaucoup plus laborieuse et infiniment plus grave.

Elle ne lui serait incontestablement supérieure (abstraction faite, bien entendu, du cancer primitif du corps, dont je ne m'occuperai point ici) qu'au cas où le néoplasme, parti du museau de tanche ou de la cavité cervicale, aurait franchi les limites du col dans le sens vertical seulement, sans propagation périphérique quelconque au vagin, au tissu conjonctif péri-utérin, aux vaisseaux et ganglions lymphatiques pelviens, conditions bien exceptionnelles, il en faut convenir, et qui certainement n'existent pas quand les culs-de-sac ont perdu leur souplesse et la matrice sa mobilité, quand les douleurs locales ont fait leur apparition, etc., c'est-à-dire dans les cas si nombreux où l'hystérectomie totale, inconsidérément pratiquée, a déjà donné tant de déceptions et de désastres.

J'ai maintes fois invoqué déjà la bénignité de l'amputation partielle ; je puis la démontrer par l'énumération des accidents que j'ai observés.

Accidents. — J'ai pratiqué, jusqu'à ce jour, 26 amputations partielles du col qu'on peut répartir en deux séries :

Pour affections non cancéreuses.........	4 cas.
Pour néoplasmes malins divers...........	22 —

Dans la première série, je compte un seul accident, mortel à la vérité, mais survenu dans des conditions telles que l'opération n'y a joué que le rôle d'une cause prédisposante. J'ai publié l'observation en 1884. En voici le résumé :

Une jeune sage-femme de belle constitution, atteinte d'hémorrhagies réitérées et d'une tuméfaction du col que je pris pour un épithélioma, fut opérée, en février 1872, à l'hôpital Lariboisière, très facilement et sans le moindre accident primitif. Le sixième jour, malgré ma défense, et par un temps très froid, elle se leva, et, très incomplètement habillée, elle accompagna jusqu'à la porte de l'hôpital un visiteur avec lequel elle avait causé avec émotion et animation pendant une heure. Rentrée dans la salle, elle resta encore longtemps assise dans un fauteuil, fut prise de frisson et de malaise et se mit enfin au lit, mais sans se plaindre, de peur d'être réprimandée. La nuit fut très mauvaise, et, le lendemain, je constatai les signes d'une pelvi-péritonite qui s'étendit rapidement et entraîna la mort.

Je ferai remarquer que cela se passait à l'hôpital Lariboisière, renommé pour son insalubrité, et en 1872, époque à laquelle l'an-

tisepsie cavitaire et post-opératoire était fort mal pratiquée, en général.

Dans la seconde série de 22 néoplasmes, j'ai observé un cas de mort et un cas de septicémie, une métro-pelvi-péritonite et une pelvi-péritonite limitée au cul-de-sac utéro-rectal, suivies de guérison.

Le cas de mort a été la conséquence d'une faute opératoire. La chaîne de l'écraseur, embrassant le col tout entier, comme dans l'ancien procédé, a ouvert le cul-de-sac péritonéal utéro-rectal. Malgré l'application de quatre points de suture, la péritonite a rapidement entraîné la mort. On trouvera dans mon premier mémoire des détails circonstanciés sur ce cas, ainsi que sur la septicémie et la première des pelvi-péritonites. Je me contenterai de répéter ici, comme pour le fait de la sage-femme, que ces accidents, qui ont eu lieu vers 1863 à l'hôpital de Lourcine, et avant 1873 à Lariboisière, sont en grande partie imputables à l'insuffisance de l'antisepsie. La chose est évidente pour le cas de septicémie, un tampon ayant été, malgré ma recommandation, laissé au fond du vagin pendant quarante-huit heures. L'ouverture du cul-de-sac, suivie si rapidement de péritonite, serait considérée au jour actuel comme un événement de minime gravité, dont un pansement iodoformé conjurerait le péril.

Même réflexion pour le cas de Lourcine, où je m'aperçus que j'avais, sans l'ouvrir sans doute, approché de bien près le cul-de-sac péritonéal, de sorte que l'inflammation de la plaie vaginale, non modérée par les antiseptiques, s'était facilement propagée à la séreuse.

Pareil accident s'est montré de nouveau dans ma pratique, il y a trois ans. J'avais, pour compléter autant que possible l'extirpation commencée d'abord avec la chaîne, fait, à l'aide du thermocautère et de la curette, un évidement de la partie centrale du col, atteignant certainement l'entrée de la cavité du corps et approchant beaucoup le cul-de-sac recto-utérin.

C'était dans la pratique civile, en province, loin de moi, c'est-à-dire dans des conditions où l'antisepsie reste souvent insuffisante. Le premier pansement, laissé trop longtemps en place, devint putride ; des accidents fébriles et de la douleur annoncèrent l'invasion d'une métro-pelvi-péritonite qui, enrayée à temps, ne devint pas mortelle, mais entraîna des conséquences très fâcheuses, qui se font sentir aujourd'hui encore, plus de trois ans après l'opération, sous forme d'obstruction mécanique du rectum (voir plus loin l'obs. V).

Certes, 1 cas de mort et 3 métro-péritonites plus ou moins sérieuses sur 22 cas ne sont point quantité négligeable ; mais

comme, à l'exception du cas de Mme L..., toutes mes opérations postérieures à 1872, c'est-à-dire depuis seize ans, n'ont présenté aucune complication opératoire ou autre, ni douleurs, ni fièvre, ni hémorrhagie, ni trouble quelconque de la santé générale, je crois pouvoir avancer que l'amputation partielle du col, convenablement pratiquée, doit être regardée aujourd'hui comme réellement bénigne.

Extirpation totale de l'utérus. — En 1884, je n'avais ni vu pratiquer ni pratiqué moi-même l'hystérectomie totale, et si je ne montrais aucun enthousiasme à son endroit, néanmoins je ne la rejetais pas systématiquement, et j'entrevoyais même les conditions où elle serait indiquée. J'ajoutais seulement que ces conditions, fort rares d'ailleurs, avaient fait défaut dans le plus grand nombre des cas publiés, d'où l'affligeante médiocrité des résultats.

C'est ainsi qu'en 1886 trois ablations totales de l'utérus ont été faites sur des malades de mon service atteintes d'épithélioma du col. Or, la marche et l'issue de ces trois cas n'étant pas de nature à détruire mes préventions contre l'hystérectomie totale, je crus sage de clore la série de mes expériences.

Depuis, une quatrième malade, opérée dans un autre service, est venue échouer dans mes salles, en proie à une récidive presque soudaine et à des accidents de voisinage extrêmement douloureux.

Voici quelques notes sur ces faits.

Me défiant de moi-même, et pour être bien certain que l'opération ne laisserait, quant à la technique, rien à désirer, j'ai prié deux de mes meilleurs élèves, opérateurs accomplis, MM. Bouilly et Richelot, de vouloir bien tenir l'instrument et agir sous mes yeux, me réservant le modeste rôle d'aide. Sur les trois cas, deux étaient anatomiquement aussi favorables que possible : lésion bien limitée, vagin suffisamment ample, utérus bien mobile ; aussi l'opération fut-elle rapidement, je dirais même brillamment exécutée. Le premier cas était moins bon : les culs-de-sac ne semblaient pas envahis, mais le col était volumineux et la matrice ne s'abaissait pas facilement ; toutefois l'exécution fut satisfaisante.

Il ne survint, dans aucun des trois cas, d'accident opératoire immédiat ; mais, chez la seconde opérée, une hémorrhagie secondaire mortelle eut lieu le troisième jour [1].

La première opérée ne jouit pas longtemps des bienfaits de l'opération. La récidive se montra bien avant la cicatrisation de la

[1] Voir le fait cité par M. Richelot (*Union médicale*, 3 avril 1887, t. 43, p. 521).

plaie opératoire. La pauvre femme quitta mes salles en fort mauvais état; la survie fut à peine de cinq mois[1].

Chez la troisième opérée, l'ablation avait été très simple. L'épithélioma, examiné sur la coupe, était encore si bien limité au col, que je me serais fait fort de l'enlever facilement et complètement avec mon procédé. Je regrettai même, sur le moment, d'avoir fait courir à ma malade les chances de l'opération la plus grave; mais la cure opératoire fut si facile et si simple que je me donnai l'absolution et me félicitai, le péril étant passé, d'avoir promis à l'opérée les chances d'une guérison radicale. Malheureusement, et malgré tout ce concours de circonstances favorables, la récidive se produisit au bout de quelques mois.

Mon excellent ami et élève le Dr Bouilly a bien voulu me remettre la note suivante au sujet de cette opérée :

Observation. — Femme de 40 ans, de bonne santé habituelle, entrée, en juillet 1886, à la Pitié. L'apparition des premiers signes pouvant faire soupçonner un cancer utérin ne remonte qu'à quatre mois : flueurs blanches plus abondantes et fétides ; exagération des règles. L'état général est bon : les tissus sont seulement décolorés et subictériques.

Il n'y a aucune douleur dans le bas-ventre. Le col est volumineux, induré dans toute son étendue et très largement ulcéré; la lèvre antérieure est presque complètement détruite sur son bord droit, où l'ulcération est très près de la muqueuse vaginale. Les culs-de-sac sont conservés; le droit est peut-être un peu moins profond et plus résistant que celui du côté opposé. L'utérus est mobile, en légère antéversion; la palpation de l'abdomen ne révèle ni induration ni sensibilité dans les fosses iliaques, au voisinage des anneaux ou des ganglions de l'utérus.

22 *juillet*. Hystérectomie vaginale totale. L'opération se fait facilement et sans aucun incident. Les suites sont tout à fait simples; la malade se lève pour la première fois le 6 août, c'est-à-dire dix-sept jours après son opération.

Dès la première quinzaine d'août, c'est-à-dire tout de suite, on constatait dans la cicatrice une récidive sous forme d'un gros bourgeon charnu qui s'étendit rapidement.

La malade sortit de l'hôpital le 18 septembre avec une apparence de santé parfaite, ayant repris bonne mine et de l'embonpoint. Mais j'appris que, dans le courant d'octobre ou de novembre, elle avait eu des hémorrhagies très abondantes et très répétées, et je suppose que la mort a dû survenir vers la fin de 1886.

La récidive s'est produite dans le ligament large droit. Au moment de l'opération, cette partie avait semblé suspecte : le ligament était

[1] L'observation a été publiée en entier d'après les notes fournies par mon interne d'alors, M. le Dr Verchère, dans la *Thèse* en chirurgie de M. de Madec. Paris, 22 décembre 1886, p. 78.

plus épais et plus résistant qu'à l'état normal, et bien que la pince à pression eût été placée aussi loin que possible, elle était certainement en plein tissu néoplasique. Car c'est à peine si l'on peut appeler récidive cette réapparition tout à fait rapide du cancer; il vaut mieux en pareil cas dire qu'il s'agit de la continuation et peut-être de l'accélération d'une lésion qui n'a pas été enlevée en totalité.

Voici maintenant l'histoire abrégée de la quatrième opérée qui achève actuellement dans mes salles sa misérable existence.

Observation. — Angèle M..., 42 ans, commença à ressentir, en mai 1887, dans le bas-ventre de vives douleurs accompagnées de pertes abondantes. C'est seulement quatre mois après qu'elle entra, très faible et très amaigrie, à l'hôpital Tenon, où l'on reconnut l'existence d'un épithélioma du col. Après un mois consacré à l'arrêt des hémorrhagies et à la reconstitution de la santé générale, on procéda le 6 octobre à l'hystérectomie vaginale. Sauf quelques accidents imputables sans doute à l'iodoforme des pansements, les suites opératoires furent satisfaisantes, ce qui permit d'envoyer l'opérée en convalescence au Vésinet, le 16 janvier 1888.

Le bon résultat primitif ne fut pas de longue durée. Dès le mois d'avril, les douleurs pelviennes reparurent et s'étendirent aux aines et aux lombes. La constipation en même temps devint opiniâtre et la défécation très laborieuse. C'est dans cet état que la malade entra dans mon service le 31 mai 1888. Par le toucher vaginal, on trouve le petit bassin rempli d'une masse néoplasique du volume du poing, dure, immobile, qui efface presque complètement la lumière du rectum et provoque tous les symptômes du cancer rectal : ténesme, envies incessantes d'aller à la selle, vomissements, ballonnement du ventre.

Après avoir essayé, en même temps que les narcotiques, les laxatifs administrés par la bouche, et les lavements ou douches rectales de toute sorte, je me décidai, pour calmer les souffrances insupportables, à établir, le 23 juin, un anus artificiel dans la fosse iliaque gauche.

L'opération, simple et bénigne comme toujours, amena un soulagement soudain. Au bout de quelques jours, l'anus fonctionnait à merveille et continue à le faire aujourd'hui encore. De ce côté les accidents ont disparu. Par malheur, vers la fin de juillet, d'autres troubles se manifestèrent. La masse néoplasique se mit à comprimer certainement les uretères, de sorte qu'aux douleurs de la rétention stercorale ont succédé les troubles cruels de la rétention urétéro-rénale : vomissements, douleurs lombaires, symptômes de violente cystite du col, ténesme vésical, polyurie, etc. C'est dans cet état que je retrouvai la pauvre opérée dans les premiers jours d'octobre, un an après l'hystérectomie qui n'a donné qu'une rémission très passagère.

Je ne crois pas que la vie puisse se prolonger longtemps encore [1].

[1] J'ai déjà, le 15 avril 1887, pratiqué, avec l'aide de mon élève et ami le Dr Jalaguier, un anus iliaque dans des conditions analogues, c'est-à-dire pour un fibrome utérin remplissant toute la cavité du petit bassin, adhérant à ses

En somme, le peu que j'ai observé moi-même sur l'hystérectomie totale m'a donné les résultats suivants. Sur quatre cas :

Une mort opératoire ; deux morts par récidive immédiate après cinq mois ; une dernière malade, atteinte également de récidive rapide, est exposée à des accidents de voisinage qui empoisonne sa vie. Opérée en octobre 1887, elle n'est pas encore morte, mais est moribonde. Elle n'a tiré à peu près aucun bénéfice de l'opération, et serait morte aujourd'hui sans l'établissement de l'anus iliaque. En somme, dans cette petite série, la durée de la survie est de cinq mois et demi.

Amputation du col pour affections non cancéreuses. — J'ai opéré quatre cas de ce genre. Deux fois il s'agissait d'allongements hypertrophiques bénins de la lèvre antérieure ; tout s'est passé fort simplement et les patientes ont radicalement guéri, comme on pouvait s'y attendre.

Dans les deux autres cas, j'ai eu affaire à des indurations chroniques simulant l'épithélioma à s'y méprendre par l'aspect extérieur et par les principaux symptômes, entre autres les hémorrhagies abondantes et répétées.

La nature du mal fut complètement méconnue avant l'opération chez la sage-femme opérée à Lariboisière en 1871, et dont j'ai résumé plus haut la triste histoire.

Chez la seconde malade, observée en 1884, bien que conservant des doutes sur le diagnostic, j'intervins néanmoins, m'attendant plutôt, j'en conviens, à faire une opération palliative utile qu'à obtenir la guérison, constatable aujourd'hui et qui sera certainement radicale.

Le fait est assez important, je crois, pour être rapporté.

Observation. — Mme K..., 36 ans, commerçante aisée, d'une constitution sanguine et de robuste structure, mère de trois enfants, avait

parois et obstruant d'une manière presque absolue le rectum. J'ai d'ailleurs signalé ce cas en quelques mots à la Société dans une discussion sur le lieu où il convenait d'établir l'anus contre nature dans les obstructions intestinales.

Je puis donner des nouvelles de cette opérée, qui vit encore, et dont l'anus fonctionne bien. Malheureusement, la circulation veineuse du petit bassin est totalement entravée par la masse morbide, d'où un œdème énorme des deux membres inférieurs avec extension à la paroi abdominale qui condamne la malade depuis quelques semaines à garder continuellement le lit.

Les douleurs sont minimes, mais l'état général n'est pas satisfaisant. Il y a anorexie, diarrhée fréquente, maigreur, affaiblissement, surtout depuis une hémorrhagie abondante survenue il y a trois mois sans cause connue et qui s'est fait jour à la fois par l'anus inguinal et par l'anus naturel.

La malade vient de succomber le 18 octobre.

toujours joui de la meilleure santé, lorsqu'en 1884 elle fut prise, sans causes bien appréciables, d'abondantes ménorrhagies auxquelles on n'opposa d'abord aucun moyen sérieux. Cependant comme la malade exerçait une profession très active qui la forçait à parler au public et à se tenir debout pendant la plus grande partie de la journée, la fatigue et la faiblesse survinrent rapidement. Un médecin consulté reconnut une affection sérieuse du col utérin et chercha à combattre les pertes, sans grand succès à la vérité. Une dernière hémorrhagie très abondante ayant duré toute une semaine malgré le séjour au lit, je fus mandé pour décider surtout si une opération chirurgicale était nécessaire.

L'examen, fait de concert avec M. le Dr Gaucher, médecin du bureau central, révéla l'état suivant : vulve large, vagin spacieux, culs-de-sac profonds, libres et souples; matrice mobile, considérablement augmentée de volume dans toutes ses dimensions et facilement accessible par le vagin, par l'hypogastre et par le rectum. Portion vaginale du col doublée de longueur et d'épaisseur; cavité cervicale béante, pouvant recevoir la première phalange de l'index; parois épaisses, dures, bosselées; museau de tanche tuméfié, mou superficiellement, induré dans la profondeur, ulcéré en plusieurs points, d'un rouge livide, saignant au moindre attouchement. La lèvre antérieure est d'un tiers au moins plus grosse que l'autre. Grâce à la facilité avec laquelle l'utérus descend sous l'influence de l'effort, le doigt explore sans difficulté le sillon qui sépare le corps et le col. Là aussi on constate une augmentation considérable des diamètres qui ne permet guère d'espérer que la section dépassera les limites du néoplasme.

Les douleurs avaient toujours fait et faisaient encore complètement défaut; la station seule déterminait quelques pesanteurs dans les lombes. Les flueurs blanches, dans l'intervalle des pertes, étaient rares, non irritantes et inodores; mais ce dernier signe n'avait pas ici toute sa valeur habituelle parce que la malade prenait de grands soins de propreté et que, depuis près de deux mois, l'écoulement était presque constitué par du sang pur.

Nous convînmes d'essayer les hémostatiques à l'intérieur et les badigeonnages au perchlorure de fer, au moins pour réprimer l'hémorrhagie et faire un nouvel examen. Mais le sang, après s'être arrêté quatre ou cinq jours, reparut en si grande abondance que toute temporisation nous sembla impossible.

Je conviens que nous conservions quelques doutes sur le diagnostic et que l'erreur commise déjà en 1871 hantait encore mon esprit. Certes, les probabilités étaient pour la lésion maligne et même la variété carcinomateuse, mais, en tout cas, il fallait tenter quelque chose contre des hémorrhagies qui constituaient déjà un danger fort sérieux.

J'avais à choisir entre l'hystérectomie totale et la résection du col. La seconde, à la vérité, ne pouvait guère être suffisante, tant la lésion remontait haut. Mais ayant grand peur des périls inhérents à la première, et peu confiant dans son efficacité définitive, je me résignai à faire de parti pris une opération purement palliative. Toutefois, appli-

quant ici le principe si précieux qui consiste, dans les cas douteux, à rendre explorateurs les premiers temps de l'opération, le 25 mars 1884, je procédai de la manière suivante avec le concours de M. le Dr Gaucher et de mes internes d'alors, MM. Valude et Ricard.

L'asepsie du vagin étant obtenue, et après une chloroformisation des plus laborieuses qui nous fit soupçonner l'alcoolisme [1], nous appliquâmes la plus grande valve du speculum Bozeman, qui, en déprimant le périnée, mit aussitôt en vue le museau de tanche, au moins triplé de volume. Comme la lèvre antérieure était beaucoup plus développée que l'autre, je modifiai mon procédé, et au lieu de couper le col en deux moitiés latérales, je résolus de faire l'hémisection de la lèvre antérieure d'abord, puis celle de la lèvre postérieure.

En conséquence, j'introduisis mon trocart de gauche à droite au niveau des culs-de-sac latéraux et en suivant l'équateur transversal de l'organe. La chaîne passée, j'isolai de la sorte la lèvre antérieure de son attache à la partie sus-vaginale du col. La partie comprise dans l'anse métallique était fort épaisse et résistait à la manière des tissus fibreux. Quand la section fut complète, je réséquai avec le thermocautère (bien que la pression de la chaîne ait préalablement sans doute oblitéré les vaisseaux) un large segment de la lèvre antérieure pour l'examiner immédiatement à l'œil nu. Quelques minutes suffirent pour pratiquer des coupes multiples et exercer sur les surfaces des pressions et des raclages. Ces manœuvres nous laissèrent à tous l'impression que nous n'avions pas affaire à une production maligne, mais bien à de la métrite indurée.

Cette constatation rassurante avait une autre conséquence heureuse. La lèvre postérieure restait à détacher ; mais, puisque l'ablation très étendue du tissu morbide devenait moins nécessaire, on pouvait se contenter d'enlever la partie la plus saillante et se tenir à distance du fond du cul-de-sac postérieur, région toujours dangereuse à approcher de trop près. La chaîne fut donc réappliquée et détacha le reste de la tumeur. La surface était très étendue et montrait l'épaisseur considérable des parois utérines. C'est pourquoi je crus bon de plonger dans l'épaisseur de ces dernières, et de 2 en 2 centimètres, le thermo-cautère à 12 ou 15 millimètres de profondeur. L'opération, surtout à cause des difficultés incessantes de l'anesthésie, avait duré une grande heure, pendant laquelle nous avions à plusieurs reprises porté sur le champ opératoire des injections phéniquées. La perte de sang avait été nulle, et à peine une rosée sanglante suintait des surfaces.

[1] Des informations ultérieures confirmèrent pleinement la supposition, ce qui, avec quelques signes de congestion hépatique nous rendit compte de l'abondance extrême des hémorrhagies. J'ajoute, car ce renseignement pourrait servir à établir dans les cas difficiles le diagnostic de métrite chronique parenchymateuse indurée, que l'examen des parties génitales externes, hypertrophiées, mollasses, flétries, fortement pigmentées, reproduisant en un mot une des descriptions données par le regretté Martineau, nous fit soupçonner également que notre malade s'adonnait fort aux plaisirs de Vénus, et en particulier aux manipulations variées de toutes les parties de l'appareil génital.

Je remplis mollement la cavité vaginale de tampons d'ouate hydrophile reliés par un fil et imbibés d'une solution phéniquée à 5 0/0. On appliqua ensuite au-devant de la vulve une longue compresse de gaze phéniquée laissant passer une sonde de caoutchouc rouge placée en permanence dans la vessie. Le ventre fut enveloppé dans une épaisse couche d'ouate maintenue par une ceinture en flanelle.

Aucun accident opératoire ne survint. On administra par précaution l'opium et le bromure de potassium pour calmer l'excitation de la patiente, et l'on assura les évacuations alvines. Mais toute la médication se borna là.

Les pansements vaginaux furent renouvelés quotidiennement pendant une semaine, c'est-à-dire jusqu'à la chute des eschares du thermocautère, après quoi on se contenta d'injections phéniquées fortes pratiquées matin et soir. La sonde vésicale fut supprimée à partir du quatrième jour.

La plaie se détergea et se rétracta très rapidement, conservant toujours le plus bel aspect; au bout de quinze jours, elle mesurait à peine 5 centimètres de diamètre. Au bout d'un mois, elle était réduite à 2 centimètres; on distinguait bien à son centre une sorte de rosette formée par la muqueuse du col, puis dans la lèvre postérieure une saillie dure, rouge, saignant aisément au toucher.

Après un court séjour à la campagne, Mme K..., tout à fait rétablie, reprit ses occupations, en se ménageant, toutefois, quelque peu. Nous lui fîmes comprendre que les toniques, vins et liqueurs, qu'elle croyait favorables à sa santé, pouvaient au contraire lui être nuisibles. Enfin, nous l'exhortâmes à être modérée en tout.

Elle nous obéit pendant quelque temps, mais retomba quelques mois après dans le péché. Alors les règles, qui s'étaient très normalement montrées depuis l'opération, redevinrent plus abondantes. Nous remarquâmes en même temps la persistance de l'induration de la lèvre postérieure. C'est pourquoi, sept mois plus tard, j'appliquai en ce point quatre pointes de feu profondes à l'aide du thermo-cautère. Le résultat fut excellent, et depuis, Mme K..., dont j'ai toujours des nouvelles, n'a plus eu besoin de mes soins. Elle continue son commerce actif et fatigant, sans en paraître incommodée.

Au dernier examen, j'ai trouvé au fond du vagin une saillie peu considérable, plus appréciable au toucher qu'à la vue, et qui représente le moignon du col. Au centre, un orifice arrondi, peu volumineux, mais qui suffit bien à l'écoulement menstruel, car il n'y a aucun signe de rétention sanguine ni de dysménorrhée de cause mécanique.

Il est utile d'ajouter que M. Gaucher, qui travaillait alors dans le laboratoire du professeur Potain, a examiné la pièce au microscope, et a confirmé absolument le diagnostic de métrite chronique que nous avions porté au cours même de l'opération.

Les deux observations précédentes montrent que le diagnostic de l'épithélioma du col utérin peut être fort malaisé, et j'ai déjà insisté sur ce point dans mon précédent travail, et j'y reviens sou-

vent dans mes leçons cliniques, car il ne se passe jamais longtemps sans que quelque fait de ce genre s'offre à mon observation. Il y a quelques mois encore, je guérissais en six semaines environ par le repos, les badigeonnages iodés, les injections très chaudes, et à l'intérieur le bromure sodique, la ciguë et le goudron, une affection du col, que plusieurs de mes élèves, et des meilleurs, croyaient fermement être de mauvaise nature.

Je tiens de M. le Dr Clado, mon distingué chef de laboratoire, qu'il a examiné un utérus extirpé comme cancéreux et qui n'offrait que les lésions de la métrite parenchymateuse chronique [1].

J'aurais mauvaise grâce à fulminer contre une erreur que j'ai jadis commise moi-même et qu'il me paraît quelquefois bien difficile d'éviter. Mais je crois qu'elle deviendrait bien rare et qu'un bon diagnostic anté-opératoire serait la règle, si l'on prenait le temps d'observer la marche du mal et de faire quelques essais thérapeutiques, puis si, comme je ne manque pas de le faire, on soumettait à l'examen microscopique des fragments de fongosités pris avec la curette ou une pince à mors larges.

Si cependant, par une raison quelconque, on ne pouvait porter de diagnostic précis et que l'abondance des hémorrhagies et l'impuissance avérée des hémostatiques rendissent l'intervention urgente, je conseillerais, comme je l'ai fait chez Mme K..., de pratiquer l'amputation partielle du col, sûr au moins d'arrêter les pertes de sang, d'exposer à peine l'existence, et de porter enfin un diagnostic exact qui, pour être tardif, n'en aurait pas moins une grande utilité, non seulement pour le pronostic du cas isolé, mais aussi pour celui de l'hystérectomie en général.

En effet, on comprend que, si on laissait se glisser dans les relevés numériques d'une opération très contestée des unités aussi disparates que les épithéliomas et les indurations inflammatoires chroniques, on fausserait gravement la statistique.

Supposons que ma malade de 1871 n'ait pas commis une imprudence mortelle, et que la pièce anatomique n'ait pas été examinée par mon élève regretté le Dr Thaon, j'aurais cru de bonne foi avoir guéri depuis 16 ans un épithélioma du col. En cas de succès opératoire, on aurait cru également à la cure radicale de la malade, dont M. Clado a reçu la pièce anatomique.

Ajoutons que j'aurais pu nourrir la même illusion pour Mme K..., si le diagnostic histologique n'avait pas été établi pendant l'opération. Certes, je sais maintenant que je n'ai pas guéri un cancer, mais que j'ai sauvé ma malade, et pour toujours, par l'amputation du col utérin, opération insolite en pareille occurrence, qui pourra

[1] La malade succomba aux suites de l'opération.

désormais, en connaissance de cause, raisonnablement et à peu de frais, combattre victorieusement une forme grave de métrite hémorrhagique [1].

Conclusions. — L'hystérectomie partielle ou amputation du col, faite avec l'écraseur linéaire et par le procédé des hémi-sections, est une opération recommandable à divers titres.

Elle s'applique à différentes affections du segment inférieur de la matrice : hypertrophies simples, allongements hypertrophiques, indurations inflammatoires chroniques avec hémorrhagies rebelles ; néoplasmes variés, épithéliomas, papillomes, adénomes, sarcomes.

Sa *simplicité*, ou facilité d'exécution, la rend accessible au plus grand nombre des praticiens.

Sa *bénignité*, rendue grande déjà par l'emploi des procédés non sanglants, est devenue à peu près absolue par l'adjonction des mesures antiseptiques.

Grâce à ces deux attributs, elle est presque toujours suivie de succès opératoire.

Pour juger son *efficacité*, il faut tenir compte de la nature de l'affection, de l'étendue des lésions, et enfin du but qu'on se propose en la pratiquant.

En cas d'hyperplasie histologiquement bénigne : hypertrophie simple, indurations inflammatoires chroniques, etc., le succès opératoire entraîne le succès thérapeutique.

En cas de néoplasie plus ou moins maligne (épithéliome, carcinome et variétés), la cure radicale est encore possible, mais à la condition expresse que l'extirpation soit complète et qu'il ne reste aucune parcelle de tissu morbide, ni dans la partie conservée de l'utérus, ni dans les organes voisins, ni surtout dans les vaisseaux et ganglions lymphatiques.

En cas de néoplasie maligne et d'extirpation incomplète, l'efficacité n'est plus que relative, l'opération devenant simplement palliative; mais cette dernière, même dans des conditions défavorables qui la frappent de stérilité dans l'avenir, n'en est pas moins, dans le présent et pour un temps plus ou moins long, d'une incontestable utilité, puisqu'elle atténue les accidents et prolonge la vie.

La présente note est écrite pour défendre l'hystérectomie partielle, plutôt que pour attaquer l'hystérectomie totale.

[1] On sait d'ailleurs que la simple section du col utérin (trachélotomie linéaire verticale) peut guerir, sans qu'on sache d'ailleurs comment, des hémorrhagies utérines incoercibles. J'ai recueilli personnellement des faits bien concluants à cet égard.

Toutefois, s'il convenait à quelqu'un d'examiner leur valeur comparative dans le traitement du cancer de l'utérus, il faudrait, comme pour toutes les sélections de thérapeutique opératoire, mettre en parallèle : la simplicité, la bénignité, l'efficacité absolue et relative des deux opérations aujourd'hui rivales.

Or, sans vouloir plaider au fond, j'émets l'avis que le parallèle, à l'heure où nous parlons et sans préjuger l'avenir, est en faveur de l'amputation partielle.

Observations.

Observation I. — *Amputation du col de l'utérus pour épithélioma; suites immédiates très simples. Examen pratiqué trois ans et sept mois après. Absence de toute récidive locale. Reproduction possible dans les ganglions abdominaux.*

Mme T..., 24 ans, de constitution assez frêle en apparence, mère de deux enfants, me fut amenée en février 1885 par son médecin ordinaire, le Dr Van den Abeele, pour une affection du col de l'utérus dont le début remontait à quelques mois environ, et qui présentait tous les caractères de l'épithélioma du col. La lésion occupait les deux lèvres, mais ne s'étendait pas très haut et tout faisait espérer que l'ablation pourrait être radicale. L'opération fut faite par mon procédé, le 28 février 1885, avec l'aide de M. Van den Abeele et de mes deux internes, Broca et Denucé. Elle fut d'une extrême simplicité et dura environ vingt-cinq minutes, en raison de la lenteur avec laquelle je maniai la chaîne de l'écraseur. Les suites furent si bénignes que je vis deux fois seulement l'opérée, qui était guérie à la fin du mois de mars.

J'avais eu des nouvelles excellentes pendant la première année, puis je n'avais plus entendu parler de la patiente, lorsque je reçus au mois d'août dernier une première lettre du Dr Carion, ancien interne des hôpitaux et qui exerce la médecine avec distinction à Charleville. Donnant actuellement des soins à Mme T... pour des troubles mal définis de la santé générale, et sachant que j'avais pratiqué jadis à cette dame une opération sur l'utérus, il me demandait de quelle lésion il s'agissait afin de savoir s'il existait quelque relation à établir entre l'affection antérieure et la maladie actuelle.

Je répondis qu'il s'agissait d'un épithélioma parfaitement caractérisé du col, opéré de bonne heure et radicalement en apparence. En retour, je demandais des renseignements sur la nature des accidents actuels et sur l'état anatomique de l'utérus et des organes du petit bassin.

Voici la réponse très précise et très intéressante qui nous parvenait le 19 septembre dernier, et pour laquelle j'adresse à mon excellent confrère mes plus vifs remerciements.

« Mme T..., que j'ai ici en observation depuis bientôt trois mois, aurait eu cet hiver, à Arles, une fièvre typhoïde à la suite de laquelle l'état général s'est trouvé très compromis ; les forces ne sont pas revenues

comme d'ordinaire. La malade était difficile à alimenter, avait des digestions fort pénibles et des vomissements fréquents. Un traitement hydrothérapique tenté sur les conseils du Dr Grasset (de Montpellier) ne put être continué et ne donna aucun résultat. La malade accusait déjà des douleurs vagues dans la cavité abdominale, sans localisation spéciale, mais ne paraissant jamais partir du petit bassin. Elles compromettaient le sommeil et ne tardèrent pas, aidées par le défaut d'alimentation, à amener un amaigrissement excessif, mais sans teinte cachectique. C'est dans cet état que la malade m'est arrivée à Charleville à la fin de juin.

« Voici le résultat de mon examen : le ventre est plat et d'une exploration facile à cause de l'émaciation, le foie a son volume normal ainsi que la rate. La palpation et la pression ne réveillent de douleur dans aucun point. On ne trouve rien dans la région de l'estomac proprement dite, mais on sent à droite et un peu au-dessus de l'ombilic une masse dure, arrondie, de la grosseur d'un gros marron et qui roule sous le doigt. En palpant profondément l'abdomen, il m'a semblé sentir également le long du rachis quelques noyaux durs, qui ont éveillé chez moi la crainte d'une généralisation cancéreuse du côté des ganglions abdominaux, étant donnés et les antécédents personnels de la malade, et les douleurs mal localisées, mais très vives, revenant par crises, et qui, depuis, ont toujours persisté et nécessitent plusieurs injections de morphine dans les vingt-quatre heures.

« Mais du côté de l'utérus, l'examen le plus minutieux est resté absolument négatif. Le moignon du col, qui est très court puisqu'il affleure presque les culs-de-sac, est souple, sans bosselures et sans dureté. L'organe tout entier jouit d'une mobilité parfaite et le corps paraît plus petit qu'à l'état normal. Il n'y a donc pas la moindre tendance à la récidive de ce côté. Les règles n'ont pas reparu depuis le 20 mai dernier, sans que rien puisse expliquer cette suppression si ce n'est le mauvais état général. — Quoi qu'il en soit, tout en réservant toujours mon pronostic, depuis quinze jours les douleurs paraissent vouloir s'atténuer, l'appétit revenir pour les aliments solides, et les digestions s'améliorer. Malgré la maigreur, les lèvres restent roses, il n'y a pas d'œdème des jambes et les signes abdominaux ne sont pas plus nets qu'il y a deux mois et demi. Que deviendra cette malade? Je l'ignore ; mais en ce qui vous intéresse, le résultat opératoire a été et reste aussi complet et aussi parfait que possible. Car rien dans le petit bassin n'indique qu'une traînée soit partie de l'organe opéré, lequel est encore aujourd'hui absolument sain. »

Obs. II. — *Amputation du col de l'utérus pour épithélioma; suites très simples. Rétablissement complet de la santé pendant trois ans. Examen au bout de trois ans et demi. Récidive nulle au point opéré, mais évidente dans les ganglions inguinaux et iliaques.*

Mme B..., 31 ans, marchande de vins, entra à la Pitié, salle Lis-

franc, n° 1, pour des pertes utérines abondantes qui dataient de plusieurs mois et avaient amené une anémie profonde.

On reconnaît aisément un épithélioma qui avait presque doublé le volume du col, sans en avoir cependant dépassé les limites supérieures.

L'amputation du col fut pratiquée, le 7 mai 1885, par mon procédé ordinaire. L'examen de la pièce montra que l'ablation avait été complète. Les suites furent comme d'habitude très bénignes et la malade rentra chez elle bien guérie un mois après.

Je la revis de temps à autre pendant la première année. La santé générale était parfaite et la guérison semblait définitive. Mme B..., qui m'avait promis de se montrer à la moindre alerte, disparut jusqu'au printemps de 1887, où elle vint m'amener une de ses amies en consultation. Je pus constater alors l'absence de toute récidive et l'excellence de la santé.

En juin 1888, nouvelle visite, mais cette fois pour me montrer un gonflement du membre inférieur gauche dû surtout à une dilatation générale de toutes les veines superficielles et profondes. L'examen du pli de l'aine m'en révéla bientôt la cause. La veine inguinale était comprimée par les ganglions inguinaux, cruraux et iliaques inférieurs, durs, adhérents entre eux et formant une masse volumineuse et presque immobile. Du reste, douleurs modérées se traduisant par un engourdissement et une difficulté dans la marche et surtout dans la station.

D'après la malade, les symptômes susdits avaient débuté au mois de mars précédent à la suite d'une chute violente sur la hanche de ce côté. Deux ou trois semaines plus tard, le gonflement et la dilatation veineuse avaient paru et s'étaient toujours accrus depuis.

L'examen de la sphère génitale était négatif. Le vagin et sa voûte, au sommet de laquelle on sentait le moignon utérin mobile et de petit volume, étaient absolument sains. L'orifice, bien qu'étroit, admettait cependant une sonde utérine. La palpation abdominale et le toucher rectal ne montraient rien d'insolite. La miction et la défécation étaient régulières.

Mme B..., très bien portante et de fort bonne mine, avait pris un certain embonpoint. Les règles n'étaient ni abondantes, ni difficiles, ni douloureuses, mais seulement irrégulières comme avant la maladie.

Malgré toutes ces apparences rassurantes, l'absence de récidive locale et l'origine prétendue traumatique de la lésion, je pensai aussitôt à une reproduction du mal dans les ganglions pelviens comme je l'avais déjà constatée chez deux de mes opérées et portai en conséquence un pronostic grave.

J'ai revu Mme B..., le 21 septembre, mais en passant et sans l'examiner. Elle était méconnaissable, tant elle avait maigri. Le gonflement du membre avait beaucoup diminué, mais les douleurs de la fesse et la gêne de la marche persistaient. Revue le 19 octobre, 43 mois après l'opération, elle est dans le même état avec moins de douleur mais plus de faiblesse.

Obs. III. — *Épithélioma se prolongeant très haut dans la cavité cervicale. En 1885, amputation du col et évidement de son centre avec le thermo-cautère et la curette. Pélvi-péritonite limitée au cul-de-sac recto-utérin, laissant à sa suite une induration englobant le corps de la matrice et obstruant le rectum. Constipation opiniâtre; douleurs pelviennes et lombaires violentes et tenaces. Dilatation progressive du rectum. Disparition lente des accidents. Cicatrisation complète de la plaie utéro-vaginale; règles normales. Guérison apparente pendant près de trois ans. En 1888, retour des symptômes d'obstruction rectale et de violentes douleurs pelviennes, lombaires et crurales. Augmentation considérable de la matrice et de l'induration péri-utérine. Apparition d'une petite masse épithéliale à l'orifice utérin sans hémorrhagie. Aucune lésion apparente dans les grands viscères. Affaiblissement et amaigrissement imputables à la violence des douleurs. 40 mois de survie au jour actuel.*

Le 21 juin 1885, je fus appelé en province pour visiter et opérer au besoin une dame atteinte d'un épithélioma du col de l'utérus. Le mal, qui avait débuté par la lèvre antérieure, avait été attaqué vigoureusement et à deux reprises par le thermo-cautère. Pendant quelques semaines, on avait cru à la guérison, parce que la plaie consécutive à la chute des eschares avait bel aspect et s'était presque entièrement fermée. Mais la récidive était survenue, et le médecin, alarmé, s'était demandé s'il ne fallait pas agir plus énergiquement.

Mme L..., âgée de 44 ans, mère de deux enfants, était d'une excellente constitution et n'avait jamais été malade. La lésion utérine, qui remontait certainement à plus d'une année, était absolument indolente. Il n'y avait du côté du petit bassin aucun trouble de voisinage, et sans l'abondance de plus en plus grande des pertes sanguines rien n'aurait fait soupçonner une lésion grave.

Par le toucher, on constatait une induration occupant non seulement la partie la plus élevée de la lèvre antérieure, mais la lèvre postérieure entière, c'est-à-dire toute la partie intra-vaginale du col. Les culs-de-sac étaient encore libres, mais l'augmentation du volume de l'organe à leur niveau était considérable. La matrice, d'autre part, n'était pas très mobile, et pouvait être sentie par la palpation hypogastrique et le toucher rectal. Le col était volumineux, mou, et saignait au moindre contact.

Je ne cachai point la mauvaise impression que ce cas me laissait; je voyais là un épithélioma récidivé à marche rapide, remontant très haut et envahissant peut-être les tissus péri-utérins. L'extirpation complète n'eût été possible que par l'hystérectomie vaginale ; mais, en 1885, cette opération avait encore un pronostic opératoire très grave ; aussi fut-elle rejetée par mes confrères et par moi-même, prévoyant à la suite ou une mort prompte ou une récidive prochaine.

Je proposai simplement de pratiquer l'amputation partielle du col aussi haut que possible sans ouvrir les culs-de-sac, et, si l'examen de la surface de section démontrait une ablation incomplète, le ruginage,

ou la cautérisation de cette surface. Je promettais d'obtenir ainsi la cessation momentanée des hémorrhagies et une amélioration assez durable, surtout si l'on arrivait à tenir la récidive locale en échec par des pansements ou de petites opérations : attouchements à l'acide chromique, ruginage, cautérisation au thermo-cautère, etc.

Une autre circonstance fut mise dans la balance par le médecin traitant. Comme il n'y avait point de douleurs et que l'état général était resté excellent, le mari de la dame ne pouvait croire à la gravité si grande du mal. Il comprenait bien l'utilité d'arrêter les pertes de sang, mais à la condition que les moyens employés fussent à peu près aussi innocents que la cautérisation, qui n'avait entraîné jusque-là aucun accident. Si nous lui avions exposé, comme c'était notre devoir rigoureux, les dangers de l'hystérectomie totale, il se serait certainement opposé de la façon la plus absolue à son exécution.

Mon plan accepté, je procédai de la manière suivante :

L'anesthésie obtenue et le spéculum univalve de Bozeman introduit, je fis le lavage antiseptique du néoplasme et du vagin; puis la matrice étant assez élevée et peu disposée à descendre, je saisis le col avec deux pinces de Museux pour l'abaisser, le perforer à la manière habituelle et placer les chaînes. Mais le tissu du col était si mou et se déchirait si facilement sous la traction des pinces, qu'il fallut les reporter plus haut, sinon pour faire descendre, au moins pour fixer la matrice.

Je pus alors, non sans quelque peine, mais grâce à l'ampleur et à la brièveté du vagin, perforer le col d'avant en arrière avec un trocart courbe assez fort, placer la première chaîne et faire la première, puis la seconde hémi-section. Je maniai l'instrument avec beaucoup de lenteur, afin d'obtenir des surfaces exsangues, faciles à examiner.

L'opération faite, je constatai que le centre du moignon utérin était infiltré de tissu morbide, mais que, par bonheur, le cul-de-sac vaginal postérieur n'était pas envahi. Alors, en tenant toujours le vagin largement dilaté et l'utérus fixé avec une pince de Museux implantée dans la partie antérieure de la partie sus vaginale du col, je fis avec infiniment de lenteur et de précaution l'évidement de ce col, en employant, tour à tour, le thermo-cautère et la curette, jusqu'au moment où je crus avoir atteint les tissus sains. L'excavation ainsi produite, dont le fond intéressait certainement l'entrée de la cavité du corps, et dont les parois avaient conservé partout près d'un centimètre d'épaisseur, aurait certainement logé la moitié d'une noix.

Grâce à la combinaison du thermo-cautère et de la curette, celui-là précédant celle-ci, et de plus terminant la séance, la perte de sang fut insignifiante. L'opération avait duré près de trois quarts d'heure; certes elle avait été laborieuse, surtout dans le temps de l'introduction du trocart, mais, en somme, le programme avait été complètement rempli sans incident fâcheux.

Après avoir soigneusement lavé le vagin avec la solution phéniquée à 5 0/0, je le remplis mollement avec des boulettes d'ouate réunies par un fil et imbibées de la même solution. Une pièce de gaze phéniquée appliquée et maintenue au devant de la vulve était traversée par une

sonde de caoutchouc rouge placée à demeure dans la vessie. Le ventre fut entouré d'une couche d'ouate et de flanelle.

Le pansement intra et extravaginal devait être enlevé le lendemain matin; après quoi on replacerait seulement la gaze phéniquée extérieure et on désinfecterait au besoin la cavité vaginale par les injections phéniquées tièdes poussées avec précaution.

Lorsque je partis quelques heures après, la malade était en excellent état et y resta pendant deux jours; mais, vers le troisième, le malaise et la fièvre apparurent, accompagnés de douleurs vives dans le petit bassin, au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur, et s'irradiant, quoique plus faibles, dans la moitié inférieure du ventre. On se décida seulement alors à enlever les tampons vaginaux et à renouveler le pansement, ce qu'on n'avait pas jugé nécessaire jusqu'alors sous prétexte qu'il n'y avait aucune douleur et qu'on craignait de provoquer quelque accident. Averti par lettre de ce qui se passait, je recommandai de pratiquer, avec soin et persévérance, l'antisepsie vaginale, de considérer l'opérée comme atteinte de pelvi-péritonite postpelvienne, et d'agir en conséquence.

Les accidents fébriles et septiques cédèrent heureusement, mais les douleurs locales persistèrent, surtout au moment de la défécation qui était devenue très difficile. Les laxatifs d'une part, les narcotiques de l'autre amendèrent à peine ces souffrances d'autant plus cruelles pour la patiente qu'elles n'avaient jamais existé avant l'opération qui en était évidemment l'unique cause.

Ce fâcheux état persistant sans donner toutefois d'inquiétudes sérieuses, je me rendis auprès de Mme L..., le 4 juillet. Je la trouvai sans fièvre, en assez bon état, mais se plaignant toujours de ténesme et ne pouvant aller que très difficilement à la garde-robe. Le ventre était indolent, mais distendu par des gaz; les fosses iliaques et l'hypogastre n'offraient rien d'anormal. La plaie utérine, déjà très réduite, avait le plus bel aspect; la cavité vaginale était saine. Cependant le toucher au niveau du cul-de-sac postérieur était douloureux et constatait l'existence d'une tuméfaction mal circonscrite.

Le toucher rectal confirmait cette donnée et révélait en ce point une induration répondant au repli utéro-rectal du péritoine, du volume d'une petite pomme, obstruant manifestement le rectum et très sensible au toucher. Évidemment cette masse était formée par le corps de la matrice renversé en arrière et entouré d'exsudats inflammatoires de nouvelle formation. Je prescrivis des injections et des lavements émollients très souvent répétés, les suppositoires narcotiques et la continuation modérée des injections de morphine auxquelles on avait dû recourir, tant les douleurs étaient intenses. Enfin je recommandai également d'introduire les lavements aussi haut que possible à l'aide d'une sonde de caoutchouc rouge de douze millimètres, portée au-dessus de l'induration inflammatoire et destinée en même temps à maintenir la perméabilité du rectum.

Les phénomènes inflammatoires aigus s'amendèrent, mais les douleurs lombaires, pelviennes et crurales persistèrent avec une extrême

violence, ainsi que la constipation et l'obstruction mécanique du rectum à 7 ou 8 centimètres environ de profondeur.

Craignant que la dilatation progressive que j'avais prescrite ne fût pas bien exécutée par son médecin ordinaire, la malade vint se fixer à Paris au mois de novembre. Je l'examinai et lui donnai mes soins avec mon cher disciple et ami Paul Reclus.

Nous constatâmes d'abord l'intégrité complète de la cicatrice opératoire. La cavité vaginale se terminait en cæcum, au fond duquel se trouvait l'orifice utérin ne présentant rien de suspect. Derrière, au niveau du cul-de-sac postérieur, je retrouvai la tumeur dure, immobile, formée par le corps de la matrice, avec les exsudats qui le fixaient aux parties voisines et remplissaient le cul-de-sac utéro-rectal. L'obstruction rectale persistait à 8 centimètres de profondeur, et c'était même avec une certaine difficulté qu'on la franchissait avec une sonde de 12 millimètres; elle paraissait avoir à peu près 4 ou 5 centimètres de longueur.

Les douleurs, toujours très vives, n'étaient calmées que par d'assez fortes doses de morphine réparties en quatre injections dans les vingt-quatre heures. Les garde-robes continuaient à être laborieuses et pénibles. Nous agitâmes longuement la question d'une récidive dans le corps de l'utérus, chose possible, eu égard à l'étendue de la lésion, mais rendue invraisemblable par l'intégrité si complète de la cicatrice, qui, en cas d'extirpation imparfaite, aurait dû être la première envahie, aussi bien que par la régularité et le peu d'abondance de l'écoulement menstruel, aucune hémorrhagie n'étant revenue depuis l'opération. La morphine, les souffrances et l'alimentation insuffisante avaient amené de la faiblesse et de l'amaigrissement, mais sans cachexie néanmoins.

Considérant que l'obstruction rectale était le symptôme le plus évident et le seul, d'ailleurs, sur lequel nous ayons une certaine prise, nous procédâmes à la dilatation avec les sondes coniques de caoutchouc rouge confectionnées par M. Galante. En conséquence, on commença par la sonde de 12 millimètres, introduite matin et soir pour pousser profondément l'injection mucilagineuse destinée à délayer les matières fécales et à faciliter leur issue. Si la sonde était bien tolérée, on la laisserait en place un certain temps à titre d'agent de dilatation et en augmentant progressivement son calibre. Quelques laxatifs doux furent administrés par la bouche pour faciliter le ramollissement des matières et combattre la constipation résultant de la morphine.

Ces mesures produisirent un excellent résultat. Reclus se chargea d'abord de la dilatation; mais bientôt la malade et son bon et dévoué mari s'acquittèrent très convenablement de la tâche. Au bout d'un mois, on introduisait et on laissait facilement séjourner dans le rectum, pendant une demi-heure au moins, la sonde de 18 millimètres. Les selles étaient devenues beaucoup plus régulières, faciles et indolentes ; les douleurs périphériques avaient diminué, ce qui avait permis de diminuer parallèlement les doses de morphine, enfin l'appétit, le sommeil, les digestions ayant beaucoup gagné, la malade, très

énergique et très patiente d'ailleurs, avait repris de l'embonpoint, de la gaieté et de l'espoir.

Comme elle pouvait se lever et marcher même un peu dans la chambre, que, de plus, elle savait fort bien se soigner elle-même, elle demanda à retourner chez elle après six semaines de séjour à Paris.

La veille de son départ, nous procédâmes à l'examen local et retrouvâmes les choses au même point : cicatrisation complète et irréprochable; tumeur dure et immobile du cul-de-sac utéro-rectal sans augmentation ni diminution. Récidive improbable.

Les nouvelles ultérieures continuèrent à être de plus en plus satisfaisantes. Bientôt je n'en reçus plus parce que Mme L..., sans être tout à fait délivrée de la constipation et de quelques douleurs, jouissait néanmoins d'une bonne santé.

Étant de passage à Nice en avril 1887, je rencontrai par hasard M. L..., qui m'apprit que sa femme, très bien portante, allait, venait, buvait et mangeait comme avant sa maladie. Elle se considérait comme guérie; les douleurs avaient cessé, la morphine avait été supprimée; seule, la constipation existait encore et nécessitait quelques soins. Très pressé par le temps, je ne pus, à mon grand regret, visiter ma malade.

Je n'en avais plus entendu parler, lorsqu'à la fin du mois de mars 1888 elle revint à Paris et me manda auprès d'elle avec Reclus. Elle nous apprit que, depuis dix mois environ, à la suite d'une vive émotion morale, elle avait été reprise de douleurs vagues dans la région pelvienne, et en particulier à la face antérieure et externe de la cuisse droite. Il avait fallu reprendre la morphine et en augmenter progressivement les doses. Nous fîmes, avec le plus grand soin, l'examen par le vagin et le rectum avec le toucher, et nous retrouvâmes les choses sensiblement dans l'état où nous les avions laissées dans les derniers jours de 1885. Toutefois, l'utérus me paraissait plus gros, de sorte que je soupçonnai une récidive, opinion que Reclus ne partageait pas. En tout cas, la cicatrice vaginale n'offrait rien de suspect, l'orifice utérin était serré mais suffisamment large. Les règles étaient régulières, modérées durant quatre jours, et ne s'accompagnant d'aucune douleur. Il n'y avait point, dans les intervalles, de flueurs blanches.

Les garde-robes étaient redevenues difficiles, et l'introduction des sondes de caoutchouc rouge plus malaisée qu'autrefois. Nous fîmes quelques prescriptions et Mme L... retourna en province. Elle revint en juillet. Les douleurs avaient changé de place et occupaient le bas de la colonne vertébrale et les parois du bassin. La constipation était extrême et le ténesme rectal insupportable. Mme L... avait beaucoup maigri et demanda à cor et à cri une opération quelconque.

Cette fois, un nouvel examen nous démontra l'existence d'une récidive sous forme d'un bourrelet épithélial faisant issue à l'orifice utérin; mais comme cette lésion, d'ailleurs très circonscrite, n'explique pas les douleurs périphériques, tout porte à croire que les ganglions intrapelviens sont envahis et compriment les plexus sacrés.

Les douleurs sont actuellement un peu amendées par les lavements

de chloral et de bromure, mais la situation est désespérée et la vie ne saurait se prolonger très longtemps.

Obs. IV. — *Epithélioma circonscrit et de date assez récente. — Amputation du col. — Guérison rapide. — Au bout de dix-sept mois, état général excellent. Aucune trace de récidive.*

Mathilde P..., 33 ans, sans profession, entre à la Pitié, salle Lisfranc, n° 22, le 26 avril 1887. Depuis six mois, ménorrhagies très abondantes. Pertes séro-sanguinolentes sanieuses et fétides. Aucune douleur. Amaigrissement et affaiblissement considérables.

Le toucher, l'emploi du spéculum et l'examen microscopique font porter le diagnostic d'un épithélioma occupant les deux lèvres du col, mais ne paraissant pas avoir plus de vingt-cinq millimètres d'épaisseur verticale. Vagin assez étroit, mais dilatable; utérus mobile; culs-de-sac sains et souples.

L'amputation du col est indiquée avec espoir d'ablation complète du mal. Elle est pratiquée, le 14 mai 1887, après les préparations générales et locales nécessaires par le procédé des deux hémi-sections latérales et sans la moindre difficulté. L'examen de la pièce, fait aussitôt, montre que la section est conique, taillée aux dépens de la portion restante du col et porte sur des tissus tout à fait sains en apparence.

Pansement à l'iodoforme; suites fort simples; cicatrisation rapide. Sortie de l'hôpital le 4 juin.

La malade revient à la visite deux fois, à quelques semaines d'intervalle, faire constater sa guérison. Les règles reviennent à époques fixes, en quantité modérée et sans aucune douleur.

En janvier 1888, pneumonie soignée à domicile. En mars et en avril, sans cause connue, les règles surviennent très abondantes.

Mathilde se présente à la Pitié le 22 mai 1888, un an après l'opération. A peine si on la reconnaît à cause de son embonpoint et de sa belle mine. La santé est excellente à tous égards. La menstruation est normale. Le toucher rencontre au fond du vagin le moignon utérin régulier, ferme, non saillant, présentant à son centre un petit orifice bordé d'une muqueuse rosée sans induration cicatricielle et admettant sans peine la sonde utérine.

La muqueuse vaginale et les culs-de-sac sont absolument indemnes.

La malade est revue en octobre; rien n'est changé.

Obs. V. — *Epithélioma glandulaire du col de l'utérus.*

Mme N..., de Constantinople, encore réglée, âgée de 50 ans. Début par pertes blanches, il y a trois mois (avril 1888). Jamais d'hémorrhagies. Aucune manifestation douloureuse.

Examen clinique. — Tumeur du volume d'une mandarine, développée surtout aux dépens de la lèvre antérieure du col. Au toucher, elle offre une certaine consistance. Elle saigne au contact du doigt. Le cul-

de-sac latéral droit est libre ; à gauche, au contraire, la tumeur *affleure* le cul-de-sac, mais ne dépasse pas l'insertion cervicale du vagin. Les culs-de-sac antérieur et postérieur sont indemnes. L'utérus est mobile, et peut être abaissé assez facilement. Rien d'appréciable dans les ligaments larges.

Bon état général, sauf le teint qui est verdâtre.

Opération le 9 juillet. — Le quinzième jour, la malade est levée. Le vingtième, elle sort à pied.

Structure histologique[1]. — Epithélioma à cellules cylindriques, ayant probablement pour point de départ les glandes du col.

A la coupe, on peut reconnaître (grossissement de cent diamètres) une série de cavités plus ou moins irrégulières, tapissées de cellules disposées, tantôt sur une rangée, tantôt sur deux rangées. Toutes ces cellules sont volumineuses et affectent le type cylindrique. La plupart de ces cavités sont remplies, en totalité ou en partie par des végétations qui partent de leur paroi et, comme elles, sont recouvertes de cellules analogues.

Le stroma est formé dans sa plus grande étendue d'éléments conjonctifs embryonnaires (cellules rondes et fusiformes).

Cette tumeur est assez vasculaire.

La nature du tissu formant le stroma nous donne l'explication de la rapidité de son développement.

J'ai examiné avec attention les confins des régions saines, c'est-à-dire les points où la section a porté. Partout j'ai constaté, malgré l'écrasement, un tissu de structure normale. J'ai pu reconnaître, en effet, les fibres musculaire du vagin et l'épithélium pavimenteux de sa surface. En haut, les fibres utérines étaient exemptes d'infiltration cellulaire, et les glandes du col ne paraissaient pas en état de prolifération.

La structure histologique confirme l'examen macroscopique. La section, en effet, paraissait, à l'œil nu, avoir intéressé les parties saines, à un demi-centimètre environ au-dessus des tissus dégénérés.

Ces détails permettent de porter un pronostic favorable ou du moins une longue survie.

Discussion.

M. Desprès. La question qui vient d'être portée devant vous par M. Verneuil a déjà été discutée dans cette enceinte, et j'ai déjà eu occasion de dire que, à cet égard, mon parti était pris. Je n'hésite pas, en effet, à soutenir que toutes les opérations dirigées contre le cancer de l'utérus, qu'il s'agisse d'opérations limitées au col ou d'opérations complètes, sont absolument inutiles.

On oublie trop, en effet, lorsqu'on vient nous parler des résul-

[1] Note remise par M. le Dr Clado qui m'a assisté dans cette cure.

tats obtenus par tel ou tel mode d'intervention, on oublie trop, dis-je, quelle est la survie ordinaire des malades non opérées. Or, voici, selon moi, comment les choses se passent habituellement. Chez les femmes relativement jeunes, encore bien réglées, la marche du mal est très rapide ; sa durée ne dépasse guère un an ; chez les femmes d'un âge moyen, vers 40 ou 50 ans, le cancer évolue plus lentement, moins lentement cependant que chez celles qui ont 60 ans et au delà.

J'ai observé une femme âgée, mère d'un artiste bien connu, atteinte d'un cancer manifeste, qui a survécu pendant quatre ans et demi. Ce cas est, il est vrai, exceptionnel.

Plus exceptionnel encore celui que pourrait vous citer M. Labbé, s'il était ici ; il s'agit de la femme d'un gros entrepreneur de travaux publics, à Paris, qui ne mourut qu'au bout de quatre ans de maladie. Que serait-ce si je faisais entrer en ligne de compte certains cancers végétants, bien nommés cancers glandulaires, qui donnent des survies de 6, 7 ans et davantage.

Mais je laisse ces derniers cas de côté, et, m'en tenant aux cancers vrais de l'utérus, je prétends qu'avant de venir nous entretenir ici de prétendus succès opératoires, c'est-à-dire de prétendues survies, on veuille bien chercher à fixer la durée normale du cancer utérin abandonné à sa marche naturelle. Jusqu'alors, les statistiques que l'on dressera seront insuffisantes.

J'ai une autre objection à présenter à ceux qui soutiennent que l'intervention chirurgicale prolonge la vie des opérées. La survie est, dans certains cas, indubitable ; mais s'agissait-il bien alors de cancer ? Les erreurs de diagnostic sont faciles et, je crois, nombreuses. Un de mes collègues m'adressait un jour une femme qu'il soupçonnait atteinte de cancer du col ; il y avait, en effet, bien des raisons pour le penser. Je résolus cependant de soumettre cette malade au traitement d'épreuve, auquel je conseille d'avoir toujours recours en pareil cas ; je veux parler de la cautérisation du col suspect. S'il ne s'agit pas d'un cancer, la cautérisation modifie les parties malades et améliore la situation ; dans le cas contraire, elle provoque une poussée ; elle donne comme un coup de fouet au mal, dont la véritable nature est ainsi révélée. Chez ma malade, la cautérisation et des tampons d'alun amenèrent rapidement une amélioration notable. Cette femme, comme la suite des événements le prouve d'ailleurs, n'avait pas de cancer.

Si elle était tombée entre les mains de quelque chirurgien plus entreprenant, elle eût été opérée ; son observation serait donnée et aurait été comptée comme un exemple de ces heureux cas de longue survie, à la suite de l'intervention opératoire.

Il me revient encore à l'esprit l'histoire d'une autre malade, d'âge moyen; chez elle, le col utérin était gros comme le poing; il y avait des pertes formidables. Il suffit de quelques cautérisations pour amener une guérison qui se maintient depuis cinq ans.

Ici encore, l'erreur de diagnostic était possible. On ne saurait trop se mettre en garde contre les faits de ce genre. Je sais qu'on me répondra que, l'opération faite, le microscope peut éclairer sur la structure de la partie enlevée. Mais cela même est insuffisant; trop souvent on fait dire au microscope ce que l'on veut bien.

Encore un mot. Au début de ma carrière médicale, j'ai pu voir Jobert, au service duquel j'étais attaché, enthousiaste de la cautérisation au fer rouge pour le cancer du col, comme on l'est aujourd'hui des ablations partielles et des extirpations totales. Il aurait, lui aussi, facilement fourni des exemples d'opérées ayant survécu cinq et six ans, parce que, lui non plus, n'avait eu le soin de déterminer la durée normale du cancer utérin; parce que lui, pas plus que vous, ne savait toujours éviter les erreurs de diagnostic.

M. Verneuil. Ma réponse à M. Desprès sera courte. Je lui dirai d'abord que, s'il veut bien se reporter à ce que j'ai dit, il verra que la question de diagnostic du cancer de l'utérus a été l'objet de mes préoccupations particulières. J'ai reconnu que les erreurs sont possibles, et me suis efforcé d'indiquer les moyens de les éviter.

Pour ce qui est du microscope, je crois à son utilité, et au parti qu'on peut en tirer pour contrôler un diagnostic. M. Desprès n'y croit pas. C'est affaire de tempérament. Il n'y a pas là matière à discussion.

Quant au premier point touché par M. Desprès, je lui demanderai si, à ma première malade, à celle qui succombait sous le coup d'hémorrhagies formidables, j'eusse dû tenir ce langage : madame, je pourrais bien vous opérer; mais je préfère poursuivre et achever mon enquête sur la durée normale du carcinome utérin! Pendant ce temps, la malheureuse aurait péri. Au lieu de cela, je l'ai opérée, cette femme, et bien qu'elle eût un cancer utérin qui a fini par l'emporter, elle a survécu sept ans. Le fait se passe, me semble-t-il, de commentaires.

Rapport.

Sur les communications de M. le Dr Galvani (d'Athènes), intitulées : 1° *Blessure de la tête par corps contondant, datant de quatre ans. Accidents épileptiformes. Trépanation. Guérison.* — 2° *Note à propos de quelques cas de réunion immédiate tentée d'emblée.* — 3° *Contribution au perfectionnement de la taille hypogastrique.*

Rapport par M. S. Pozzi.

M. le Dr Galvani, chirurgien de l'hôpital d'Athènes, nous a adressé trois communications dont j'ai été chargé de vous rendre compte. Elles se rapportent toutes les trois à des questions à l'ordre du jour et qui ont été récemment l'objet de discussions dans cette Société.

I. — La première est relative à la trépanation dans l'épilepsie symptomatique, ou consécutive au traumatisme du crâne. Au mois de juin de cette même année, notre collègue, M. L.-Championnière, nous rapportait deux faits d'amélioration très notable, à la suite de trépanation pour épilepsie, paraissant due, dans un cas à une hypérostose du crâne, dans l'autre à un coup de couteau. Pour ces deux faits, il n'y avait pas ou presque pas de lésion apparente, et l'opérateur avait déterminé le lieu de son opération d'après la recherche de la ligne rolandique. Ce n'est pas à des faits exactement de cet ordre que se rapporte l'observation de M. Galvani. Elle peut plutôt être rapprochée des deux observations données dans la même séance par M. Reclus et par le professeur Trélat. Alors, en effet, il y avait un enfoncement du crâne, et c'est à ce niveau que le chirurgien appliqua le trépan. Il y a là sûrement une indication plus nette, et l'on ne doit pas s'étonner que les résultats obtenus soient plus complets. Les épileptiques de MM. Reclus et Trélat guérirent complètement ; il en a été de même de celui de M. Galvani. Voici cette intéressante observation :

Observation. — Le nommé A. A..., de Macédoine, âgé de 22 ans, étudiant, d'une bonne constitution, sans tare héréditaire ni personnelle, et jouissant jusque-là d'une bonne santé, reçut, il y a quatre ans, un coup sur la région pariétale gauche qui lui a été porté par une pierre volumineuse tombée d'une certaine hauteur.

Les accidents immédiats ne furent pas graves ; mais peu à peu la plaie s'enflamma, et, vers le troisième jour, se manifestèrent de l'embarras de la parole, de l'hémiplégie à droite et des convulsions épileptiformes occupant le côté droit du corps, et qui continuèrent, appa-

raissant deux fois par jour. En même temps, la plaie se gonflait, et, vers le septième jour de l'accident, un abcès se forma qui s'ouvrit spontanément en donnant issue à une grande quantité de pus et à de petits fragments osseux. Depuis ce moment, la mobilité de la moitié droite du corps revint, et les attaques cessèrent. La plaie suppura pendant une trentaine de jours et finit par se cicatriser.

Pendant près de deux ans, la plaie resta ainsi cicatrisée, et le malade vaquait à ses occupations, se plaignant seulement d'engourdissement et de faiblesse dans la moitié droite du corps, de quelques éblouissements, de vertiges et de céphalalgie toutes les fois qu'il essayait de s'adonner à un travail intellectuel un peu sérieux. Mais, au bout de ces deux ans, la plaie de la tête, qui s'était maintenue cicatrisée jusque-là, se rouvrit sans apparition de phénomènes inflammatoires, et, d'une petite fistule, s'éliminèrent quatre petits fragments osseux; après quoi, la fistule se cicatrisa.

Depuis, les quelques troubles cérébraux que nous venons de signaler persistaient, sans devenir plus intenses, lorsque tout d'un coup, il y a cinq mois, de nouvelles attaques épileptiformes apparurent, assez intenses, durant d'une demi-heure à trois quarts d'heure, et ne cessèrent que lorsque la plaie, s'étant de nouveau réouverte spontanément, donna issue à de petits fragments osseux. Mais le calme dont le malade a joui après cette nouvelle et dernière élimination osseuse ne fût que de peu de durée; les accès réapparurent, quoique pas aussi fréquents, à des intervalles irréguliers, et ne le quittèrent plus jusqu'à sa rentrée à l'hôpital.

État actuel. — Le malade est pâle et affaibli, et l'expression de sa physionomie exprime plutôt la tristesse et l'abattement. L'examen des organes splanchniques et des organes des sens n'offre rien à noter.

En examinant son crâne qui est bien conformé, on constate, près de la bosse pariétale gauche, une longue et profonde cicatrice se dirigeant un peu obliquement de gauche à droite et d'arrière en avant, et mesurant 5 centimètres de long sur 1 centimètre et demi de large. Cette cicatrice glisse sur l'os qui est creusé en gouttière pouvant loger la pulpe de l'index; son bord interne est surmonté d'une crête arrondie très saillante. La pression sur cette cicatrice n'amène ni vertige ni douleur, mais il éprouve seulement une sensation de poids et des picotements peu avant l'invasion de l'attaque.

On ne constate pas de différence dans la force des deux membres supérieurs qu'on a cependant négligé de mesurer au dynamomètre. La sensibilité semblerait un peu obtuse à droite, les réflexes tendineux sont normaux, il en est de même de la mémoire et de l'intelligence en général. Les attaques épileptiformes se manifestent irrégulièrement, ne dépassant pas deux par jour; elles sont précédées d'un aura qui commence par les pieds, et remonte vers la tête, puis surviennent les cris et la chute. Les convulsions cloniques se dirigent à droite, il y a de la bave, mais pas de morsure de la langue; la perte de connaissance est complète.

Le 8 mars 1888, quatre jours après l'entrée du malade à l'hôpital,

après l'avoir soumis à la chloroformisation, nous avons mis à découvert, par une large incision cruciale, toute la région suspecte, et appliqué successivement trois couronnes de trépan de 16 millimètres de diamètre. Les deux premières couronnes furent appliquées le long de la gouttière profonde qu'on observait sur le pariétal et l'occupèrent tout entière ; après le détachement de leurs deux rondelles osseuses qui étaient adhérentes à la dure-mère et dont le décollement a offert assez de difficultés, l'application de la troisième nous parut nécessaire et elle fut appliquée sur la crête arrondie surmontant la gouttière. Après le détachement de cette troisième rondelle dont l'épaisseur mesure 6 millimètres d'un côté et 7 millimètres de l'autre, les soulèvements rythmiques de la dure mère qui jusque-là étaient très limités, reprirent leur épanouissement normal. Une spatule promenée avec précaution sous la perte de substance osseuse qui pourrait être comparée à une feuille de trèfle à bords très arrondis, nous ayant assuré que la dure-mère n'offrait pas d'adhérences et qu'elle n'était point comprimée au delà de ces limites, un drain très mou et de petit calibre fut placé dans une des directions de la plaie qui fut réunie par plusieurs points de suture dans la plus grande partie de son étendue; au centre seulement, dans les points où les deux incisions se rencontraient, les bords ont été laissés simplement accolés. — Pansement à la gaze iodoformée et au coton hydrophile. Les suites de cette opération ont été des plus simples. Le malade, pour toute élévation de température, n'a eu que 37°5 le lendemain de l'opération, après quoi elle redevint et resta normale jusqu'à la guérison. Ce même jour (9 mars) dans l'après-midi, il éprouva la sensation de l'aura qui, remontant des pieds, s'arrêta cependant vers le cou sans atteindre la tête.

La levée du premier appareil fut faite le surlendemain matin, le tube à drainage fut enlevé.

Le 14 mars sixième jour de l'opération, sans cause appréciable, et sans élévation de température, le malade a éprouvé deux attaques épileptiformes complètes, une vers deux heures de l'après-midi, et l'autre à huit heures du soir, qui durèrent dix minutes environ chacune.

Le lendemain, à la visite, nous examinâmes attentivement la plaie, et l'ayant trouvée complètement réunie et sans aucun indice d'inflammation, nous enlevâmes les fils. Depuis ce moment la guérison se confirma sans aucune entrave. Peu à peu la confiance gagnait le malade qui, sentant sa tête dégagée, quitta son air triste et commença, à se livrer à la lecture qu'il redoutait auparavant par crainte qu'elle ne lui provoquât des attaques. Il usa de la permission de sortir seul et un jour, en descendant de tramway dont il n'avait pas l'habitude, tomba et se fit quelques contusions. Cette chute ne provoqua aucun trouble nerveux ; huit jours après cet accident et vingt jours après l'opération, il quittait l'hôpital jouissant d'une excellente santé. Quelques jours après il quittait Athènes pour se rendre dans son pays, et il nous écrivait récemment de Salonique que l'état de sa santé continuait à être excellent.

L'observation n'a pas été suivie assez longtemps peut-être pour

qu'on puisse affirmer que la guérison est définitive. M. Galvani nous a envoyé sa communication en juillet dernier, soit quatre mois environ après l'opération. La réapparition passagère des crises épileptiques, le sixième jour après l'opération, doit assurément inspirer quelques réserves. Cependant c'est là un succès des plus remarquables, et qui montre bien l'indication indiscutable du trépan dans les cas d'épilepsie tardive succédant à un enfoncement du crâne. Non seulement elle a pour but et pour effet ordinaire de guérir l'épilepsie, mais encore elle peut mettre à l'abri de conséquences plus rares du traumatisme cranien. J'ai observé deux cas de paralysie générale survenus à la suite d'un enfoncement du crâne, et, dans l'un, l'autopsie m'a démontré que l'altération des méninges avait pris naissance au niveau d'une épine osseuse faisant saillie dans la cavité encéphalique, et qu'une trépanation précoce eût empêché, sans doute, de produire ses effets.

II. — La seconde communication de M. Galvani a trait à la *suppression du drainage et à la réunion immédiate totale.*

Il a pratiqué ainsi quatre amputations du sein, avec curage de l'aisselle, enlevé deux lipomes du dos, deux adénomes des régions parotidienne et sous-maxillaire, fait deux amputations de cuisse et trois de jambe. Comme mode de réunion profonde, il emploie les sutures perdues à points séparés et à étages superposés au catgut, selon un procédé analogue à celui que plusieurs auteurs ont préconisé et que M. Jacques Reverdin a défendu au dernier Congrès de chirurgie. Pour les points superficiels, il emploie la soie. Il lève le premier appareil du sixième au huitième jour pour enlever les fils de soie. Au deuxième pansement, sept ou huit jours après, la guérison est définitive.

M. Galvani recommande expressément de choisir le procédé opératoire le plus propre à assurer l'exact affrontement des lambeaux dans toute leur étendue. Cette remarque fondamentale a déjà été mise très fortement en relief par le professeur Trélat dans sa communication faite ici sur ce même sujet, le 20 juin dernier.

Il n'est pas douteux que lorsque cette double condition est réunie : 1° asepsie parfaite ; 2° affrontement parfait, le drainage est superflu. On peut donc le supprimer quand on n'a pas le moindre doute sur l'existence de cette double garantie de succès, et il n'est pas douteux qu'alors on obtient des cicatrices plus régulières et des moignons plus beaux. (J'ai eu ainsi deux succès complets après amputation de la jambe.) Mais, si l'on n'est pas sûr de la perfection de l'affrontement ou de l'antisepsie, ou simplement si l'on préfère par tempérament un surcroît de sûreté à un surcroît d'élégance

on conservera le drainage pendant les premières vingt-quatre heures au moins.

Je n'ai garde du reste de reprendre ici une discussion que MM. Trélat et L. Championnière me paraissent avoir close si judicieusement dans la séance à laquelle j'ai fait allusion.

III. — La troisième communication de M. Galvani a pour titre : *Contribution au perfectionnement de la taille hypogastrique.* Elle est basée sur une expérience réelle, puisque, dans l'espace de dix-huit mois, l'auteur à mis sept fois en pratique les procédés qu'il recommande, quatre fois pour extraire des calculs, et trois fois pour remédier à d'autres affections de l'urèthre ou de la vessie. Les suites opératoires ont toujours été simples et la guérison rapide.

Le chirurgien d'Athènes insiste sur certains points de pratique qui sont assez connus pour ne pas être rappelés ici. Je me contenterai de résumer les particularités les plus saillantes de sa technique.

Il emploie le ballon de Petersen, mais ne porte pas sa réplétion au delà de 160 grammes de liquide. Il réprouve la ligature de la verge. Il fait l'incision de la vessie aussi petite qu'il est possible. Il n'emploie pas le drainage par un double tube, mais bien par un tube unique, formant siphon, tube en caoutchouc noir, à parois épaisses, dont le diamètre est de 8 millimètres et la lumière de 5 millimètres. Il est fixé profondément à la plaie abdominale par des sutures au catgut et maintenu superficiellement par les sutures à la soie de la peau. Le malade est tenu demi-assis. Pour faciliter les lavages de la vessie et ne point distendre plus qu'il ne faut ses parois, M. Galvani met en pratique un artifice assez ingénieux : à quelques centimètres de l'émergence du tube, il ménage une petite ouverture pratiquée par un coup de ciseaux, et c'est par cette ouverture en bec de flûte qu'il introduit le bec de la seringue à injection. De cette manière, une partie du liquide poussé dans la vessie ressort facilement par le bout libre du tube, dès que la distension du réservoir a été obtenue et menacerait de devenir excessive. Après chaque lavage, la petite ouverture du tube est gardée bouchée par une bandelette de diachylon.

Au nom de la commission je vous propose d'adresser des remerciements à M. le Dr Galvani, et de l'inscrire parmi les candidats à la place de membre correspondant étranger. Son mémoire dont j'ai reproduit les parties les plus saillantes, sera déposé aux archives.

Lectures.

M. TACHARD lit un travail intitulé : *Contre-indications à la recherche immédiate des projectiles à la suite des tentatives de suicide par coup de feu dans l'oreille* (Commissaire : M. Chauvel).

M. PICQUÉ lit un travail intitulé : *Rétroflexion utérine irréductible; redressement manuel et instrumental; opération d'Olshausen (ventro-fixation); guérison* (Commissaire : M. Pozzi).

La séance est levée à 5 heures 35 minutes.

Le Secrétaire,
CH. MONOD.

Séance du 24 octobre 1888.

Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Calendar of the royal College of Surgeons of England*, juillet 1888;

3° *Le Dr Maillot et son œuvre,* par le Dr ABEILLE ;

4° Diverses brochures de chirurgie : *Il concetto dell' opera bilita in chirurgia. Estirpazione completa della Parotide. Valore della Fognatura in chirurgia;* par le professeur A. CECCHERELLI (de Parme), membre correspondant étranger ;

5° MM. PEYROT et SEGOND demandent un congé pendant la durée du concours de l'internat;

6° M. MAGITOT demande à être nommé membre honoraire de la Société;

7° *Traitement chirurgical des néoplasmes perforants de la voûte du crâne*, par le Dr Pousson (commissaire : M. Kirmisson);

8° *Fibro-myxome volumineux de la face palmaire de la main et du poignet*, par M. Guermonprez, membre correspondant à Lille

Observation (résumée). — Il s'agit d'un charretier âgé de 42 ans, sans antécédents héréditaires. L'affection débuta vers 1868 par un petit bouton très dur, qui croît malgré des sections répétées et atteint en 1887 le volume d'une fève. Sous l'influence d'un coup violent, des douleurs apparaissent en février 1888, la grosseur prend les dimensions d'un œuf, s'ulcère, suppure, saigne, exhale une odeur insupportable. Le 23 juin, son aspect est le suivant (*fig.* 1), elle va du pli inférieur du poignet au milieu de la paume de la main; ses bords indurés, son fond

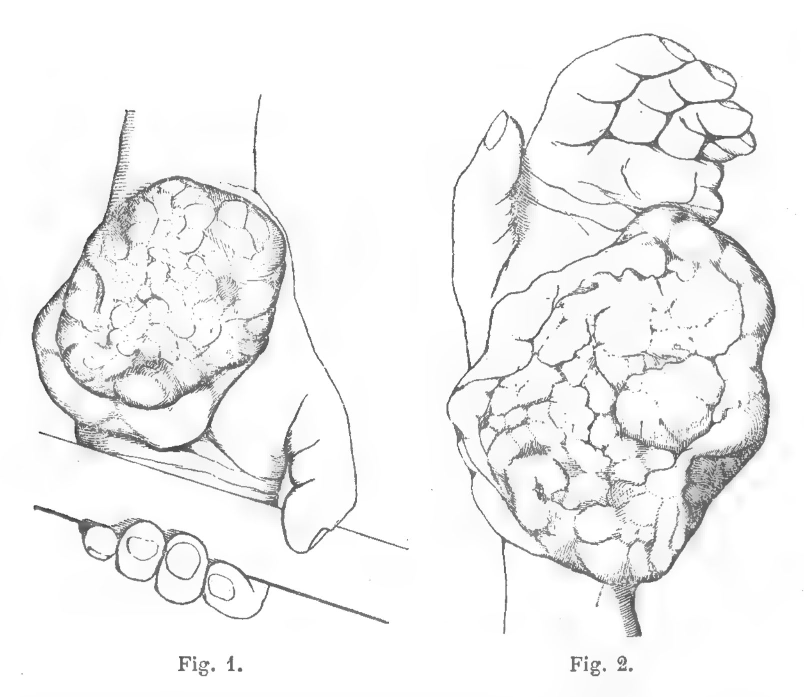


Fig. 1. Fig. 2.

mamelonné et fongueux; elle ne dépassa pas l'aponévrose palmaire. Légère adénopathie axillaire. Aggravation rapide; le 3 août, l'avant-bras est atteint (*fig.* 2). La surface ulcérée, mamelonnée, laissant voir dans une crevasse un des tendons fléchisseurs, sécrète peu de liquide, les ganglions de l'aisselle sont légèrement engorgés.

Amputation de l'avant-bras le 3 août; guérison rapide.

L'examen histologique, pratiqué par M. Angier, montre qu'il s'agit d'un fibro-myxome, à cause de l'abondance et de la netteté des fibrilles conjonctives dans la plupart des points des préparations. On ne trouve pas d'amas formés exclusivement par des éléments embryonnaires,

même à la périphérie de la tumeur, ce qui paraît prouver que la tumeur a une croissance relativement lente. Dans les points où les éléments sont les plus tassés, ils sont tous fusiformes ou étoilés.

9° *Du traitement par la colporrhaphie du prolapsus vésico-utérin*, par le Dr A. MONTEILS (de Mende), membre correspondant national.

A son observation de prolapsus traité d'abord sans succès par la cautérisation linéaire de la paroi vaginale au thermocautère, notre correspondant a joint l'envoi des parties de la muqueuse enlevées. Il s'agit d'une femme de 26 ans, atteinte depuis quatre ans de chute totale de la matrice qui ne cède pas à la réductiou et au repos. L'opération, pratiquée exactement d'après les préceptes du professeur L. Le Fort ne présenta rien de particulier, et la guérison, grâce aux précautions prises, était assurée dès le quatrième jour; elle n'a fait que se confirmer depuis.

Rapport

Observation d'ostéomyélite traumatique de la tête humérale droite; arthrite secondaire; résection de l'épaule. Ostéomyélite diaphysaire infectieuse du fémur droit survenue pendant la guérison de la plaie de résection. Guérison, par M. P. CHAVASSE, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Rapport par M. DELENS.

La pathogénie de l'ostéomyélite, quelle que soit sa forme clinique, est une question encore obscure et la Société de chirurgie a toujours accueilli avec empressement les communications qui peuvent y apporter quelque lumière. C'est à ce titre que l'observation de M. le Dr Chavasse mérite d'attirer votre attention. Si elle ne nous fournit pas de documents nouveaux, elle confirme d'une manière générale ce que nous pressentons des causes de l'ostéomyélite. Elle nous montre une lésion primitivement locale de l'os, consécutive à un traumatisme, devenant le point de départ d'accidents à distance résultant évidemment d'une infection générale. Encore est-il bien difficile de ne pas croire que la lésion osseuse primitive n'a pris les caractères d'une lésion infectieuse que parce qu'elle-même avait reçu de l'extérieur un germe morbide. — Voici le résumé du fait observé par le Dr Chavasse :

Un soldat des équipages de la flotte, âgé de 21 ans, entre le 2 septembre 1886 à l'hôpital du Val-de-Grâce dans le service de la clinique

chirurgicale. Sans antécédents morbides notables, il est d'aspect un peu chétif, pâle et amaigri. En mai 1886, il a fait une chute sur le moignon de l'épaule, d'une hauteur de quatre mètres. A Cherbourg, où il fut d'abord traité, on fit le massage, puis on incisa une collection sanguine développée sur la région externe du moignon de l'épaule. En juillet et en août, deux abcès s'ouvrirent en ce point et laissèrent des fistules.

A son entrée dans le service, le 2 septembre, on trouve un aplatissement de l'épaule à sa face externe et une saillie antérieure de la tête humérale qui paraît en état de luxation ou de subluxation sous-coracoïdienne. Au niveau de la partie inférieure de la coulisse bicipitale existe une fistule et une autre fistule siège sur la paroi antérieure de l'aisselle à 3 centimètres au-dessus de la saillie du grand pectoral. Ces trajets fistuleux présentent à leur orifice une sorte de membrane visqueuse, gris rosé, d'aspect transparent et très résistante à la traction exercée par des pinces. La suppuration est abondante et les mouvements de l'articulation sont extrêmement douloureux et très limités.

L'existence d'une ostéo-arthrite scapulo-humérale n'est pas douteuse, et le Dr Chavasse pratique, le 8 septembre, la résection de la tête humérale avec les précautions antiseptiques d'usage. Il met à nu une cavité, sorte de cloaque creusé dans la tête humérale, au niveau du col chirurgical et renfermant un séquestre en coin, à base extérieure. La résection sous-capsulo-périostée est exécutée à l'aide de rugines. La section de l'humérus porte sur une partie complètement éburnée et à canal médullaire très étroit. Après avoir détaché de la surface glénoïdienne et de la capsule articulaire la membrane adhérente qui les recouvre, le cartilage de la cavité glénoïde apparaît à peu près sain. L'opération est complétée par le grattage des trajets fistuleux, le lavage au bichlorure, une contre-ouverture, l'emploi des drains, la suture au crin de Florence et le pansement à la gaze et à l'étoupe bichlorurée à 2 pour 1,000.

La portion de l'os réséquée présente les altérations suivantes : augmentation de volume des tubérosités rendues irrégulières par des dépôts périostiques. Le cloaque creusé dans la tête humérale est tapissé de fongosités et communique avec l'extérieur par deux ouvertures. Le séquestre est éburné et lisse à sa surface, il a le volume d'un œuf de pigeon ; complètement libre, recouvert de fongosités, il ne rappelle en rien les séquestres tuberculeux, et l'examen microscopique fait par le Dr Poulet montre, en effet, qu'il n'y a rien de tuberculeux dans le processus destructif.

Les suites de l'opération furent régulières. La plaie se réunit par première intention, sauf au niveau de l'un des tubes, où il se fit un peu de suppuration ; la température ne s'éleva pas au-dessus de 38°. Dès le 15 octobre, on commence les mouvements et l'électrisation des muscles atrophiés.

Mais, un mois environ après l'opération, vers le 5 octobre, alors que tout était à peu près terminé du côté de la plaie opératoire, le malade se plaignit d'une violente douleur survenue sans cause appréciable dans la cuisse droite. En ce point existait un gonflement profond, fusiforme, du membre, faisant corps avec la partie moyenne du fémur. Il

y avait en même temps un léger mouvement fébrile. Ces phénomènes dus à une périostéomyélite du fémur cédèrent lentement à la compression et aux applications iodées. Mais, dans les premiers jours de novembre, la saillie fusiforme osseuse était encore perceptible et un peu douloureuse à la pression. Tout fut fini de ce côté vers la fin de novembre.

L'opéré put quitter l'hôpital le 23 janvier 1887. Il commençait à exécuter des mouvements assez étendus avec son bras droit; la tête humérale commençait aussi à se régénérer. Malheureusement, depuis cette époque, il n'a pas été possible d'avoir de ses nouvelles.

Aux détails de l'observation dont nous venons de donner le résumé, M. Chavasse ajoute quelques réflexions.

Il signale en premier lieu la forme particulière du séquestre, analogue à celle des séquestres diaphysaires de l'ostéomyélite infectieuse. Mais l'ostéomyélite, dans ce cas, était-elle véritablement infectieuse? On peut, ce me semble, hardiment répondre par l'affirmative. Le développement de l'ostéomyélite secondaire du fémur, pendant la cicatrisation de la plaie de l'épaule, le prouve surabondamment.

Étant admis qu'il s'est trouvé en présence d'une ostéomyélite infectieuse, M. Chavasse se demande si son opéré n'était pas déjà en puissance du microbe de l'ostéomyélite au moment où il a subi le traumatisme de l'épaule, et si ce traumatisme n'a pas eu simplement pour effet de localiser la manifestation. Il se demande encore si l'infection ne s'est pas faite consécutivement par l'incision de la collection sanguine du début.

Il nous paraît impossible de trancher la question, mais la seconde hypothèse nous semble de beaucoup la plus probable; nous eussions même désiré que M. Chavasse nous donnât des détails plus circonstanciés sur les conditions dans lesquelles l'incision de la collection sanguine a été opérée, sur le mode de pansement primitivement employé à l'hôpital de Cherbourg. Peut-être les précautions antiseptiques n'avaient-elles pas été rigoureusement observées, comme le fait supposer l'apparition de la suppuration. D'ailleurs, il est impossible de préciser la date de l'infection, et le blessé ayant porté pendant plus d'un mois des trajets fistuleux, a pu se trouver infecté postérieurement à l'ouverture des abcès.

En somme, l'observation de M. Chavasse est intéressante comme étant un nouvel exemple d'ostéomyélite infectieuse. Elle l'eût été plus encore si les circonstances lui eussent permis de déterminer l'origine de l'infection.

Quant à l'intervention opératoire à laquelle il a eu recours, elle nous paraît amplement justifiée par les altérations osseuses dont les pièces qui vous ont été présentées ont pu vous donner l'idée.

Je vous propose, en conséquence : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur; 2° de déposer son observation aux archives; 3° de l'inscrire en rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Discussion.

M. Quénu. J'ai pratiqué la résection de la tête humérale et d'une partie de la diaphyse pour un cas d'ostéomyélite aiguë en 1884, dans le service de M. Championnière que je suppléais.

Il s'agissait d'un jeune homme de 21 ans, Piozza. Entré depuis quelques jours dans un service de médecine pour des douleurs dans l'épaule droite et des phénomènes généraux graves, je reconnus tous les signes d'un phlegmon sous-pectoral. Une grande quantité de pus s'écoula à l'incision, et je constatai, en introduisant le doigt dans le foyer, que l'extrémité supérieure de l'humérus était dénudée et que la tête de l'os baignait dans le pus. Je pratiquai la résection de cette tête, et, trouvant que le canal médullaire renfermait du pus concret, je réséquai environ 7 ou 8 centimètres de la diaphyse.

La température (5 mars) baissa le lendemain ; mais les 2e et 3e jours, le thermomètre remontait à 40°,4 le soir et à 39°,8 le matin.

Les injections antiseptiques dans le foyer opératoire n'amenant aucune amélioration, je fis une incision longitudinale le long du bord externe de l'humérus, immédiatement au-dessus de l'épicondyle, et l'os mis à nu, je trépanai largement jusqu'au canal médullaire. La canule d'un injecteur fut introduite dans l'ouverture, et on fit passer dans le canal médullaire, ainsi transformé en drain, plusieurs litres de solution phéniquée faible. La température baissa progressivement, et le 15 mars resta définitivement à 37°.

A partir de cette même date, l'état général s'améliore rapidement. Le malade, muni d'un appareil plâtré, se lève au commencement d'avril, la plaie humérale suppure de moins en moins. Mais le 5 juillet, le malade, qui est resté dans les salles de chirurgie, est atteint d'une fièvre typhoïde grave, et passe en médecine où il succombe le 4 août.

L'autopsie a été faite le lendemain. On peut constater que toute la portion d'os enlevée est remplacée par un os de nouvelle formation, très solide, long de 8 centimètres, un peu irrégulier, aplati, non pourvu de canal médullaire. En haut, l'os s'effile et s'unit par un trousseau fibreux avec la cavité glénoïde. Voilà pour l'os reproduit. Le segment inférieur est plus volumineux qu'à l'état normal, çà et là des exostoses couvrent sa surface; le trou résultant de la trépanation est bouché par du tissu cicatriciel. Entre les deux portions d'humérus, la régénérée et l'ancienne, réunies par des ponts osseux périphériques, il existe une petite cavité renfermant un séquestre mince et d'une longueur de 4 centimètres ; la cavité communique par le trajet fistuleux qui avait persisté au niveau de la plaie opératoire.

Suite de la discussion sur le traitement du cancer de l'utérus.

M. Bouilly. L'important mémoire que M. Verneuil nous a communiqué dans la dernière séance soulève des questions multiples : les unes déjà résolues, les autres encore à l'étude. Parmi les premières, je compte la bénignité de la résection du col utérin et je ne m'attacherai pas à relever ce point parfaitement acquis au débat. Quel que soit le procédé employé, l'opération est simple et bénigne ; je dirai seulement, en passant, que l'emploi de l'écraseur me paraît devoir être réservé à un nombre de cas très restreints, et que, pour mon compte, j'ampute le col soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux. Je traiterai plus tard cette question de médecine opératoire.

Mais le point important n'est pas là ; M. Verneuil est venu surtout préconiser et défendre les opérations partielles, et s'il nous dit « qu'il vient défendre l'hystérectomie *partielle* plutôt qu'attaquer l'hystérectomie *totale* », il n'en est pas moins vrai que le fond du plaidoyer est tout entier dirigé contre cette dernière opération. Personne, je crois, ne songe à attaquer ni à rejeter l'amputation du col dans les affections bénignes qui peuvent la réclamer ; l'allongement hypertrophique sus- et sous-vaginal, certaines formes de déchirure du col avec élongation d'une ou des deux lèvres, certains états du col liés à la déchirure et à la métrite et non justiciables des opérations d'Emmet ou de Schrœder, seront toujours utilement traités par la résection plus ou moins étendue du col de l'utérus. La question devient beaucoup plus délicate quand il s'agit des affections malignes, englobées sous le nom de *cancer du col.*

Ici, je l'avoue, j'ai été grandement étonné d'entendre M. Verneuil recommander et défendre l'opération parcimonieuse. Ne nous a-t-il pas appris que, dans le cancer du sein, il fallait enlever toute la glande, alors même qu'elle n'était envahie qu'en un de ses points ; qu'il fallait ouvrir et creuser profondément l'aisselle ; que, dans l'épithélioma de la langue, il ne fallait pas craindre d'enlever le plancher de la bouche, d'extirper la glande sous-maxillaire et de réséquer au besoin la branche de la mâchoire ? Cancer d'un côté, cancer de l'autre ; pourquoi, dans un cas, la grande opération qui cherche à tout enlever et à s'éloigner le plus possible de la *zone suspecte ;* pourquoi, dans l'autre, se tenir dans cette zone et côtoyer la lésion ? Jusqu'à ce jour, du moins, la réponse est facile, et la raison de cette contradiction me paraît encore évidente. Appliquée au cancer, l'hystérectomie *totale* est grave,

encore trop souvent mortelle, et ses résultats définitifs sont trop incertains pour compenser ses risques. L'argument est puissant, et les chiffres actuels ne sauraient encore le renverser. Mais ce même argument ne saurait-il s'appliquer à des lésions du même ordre dans lesquelles la clinique intervient encore souvent? Les opérations dirigées contre le cancer de la bouche et de ses dépendances, contre celui du rectum, n'ont-elles pas la même gravité immédiate et la même incertitude thérapeutique?

Et alors, à mon sens, la question doit s'élever plus haut et doit se poser ainsi en face de la gravité et de l'inutilité des opérations radicales dirigées contre le cancer de l'utérus : n'y a-t-il pas lieu de s'abstenir et de se borner aux opérations partielles ? C'est bien là, si je ne m'abuse, l'esprit des conclusions du mémoire de M. Verneuil, si ce n'en est pas tout à fait la lettre, et, sous cette forme, je suis prêt à adopter sa doctrine, s'il veut bien nous présenter la résection du col comme une opération le plus souvent *palliative* et très rarement *curative*. Logiquement, je ne puis admettre qu'une opération partielle puisse donner, contre le cancer, des résultats que ne peut fournir une ablation totale; c'est une doctrine par trop contraire à toutes nos connaissances et à l'enseignement de notre maître lui-même.

Pour obtenir une guérison *durable* avec une simple résection, il faut un concours de circonstances bien difficile à réaliser. Le cancer ne doit occuper que la muqueuse vaginale du col ou le voisinage de l'orifice externe; s'il a son point de départ dans la muqueuse cervicale, il ne doit pas remonter à plus d'un centimètre et demi maximum; des traînées épithéliales ne doivent pas s'allonger plus haut que la lésion appréciable; la longueur du col doit être encore assez grande pour qu'on puisse y appliquer une chaîne d'écraseur. Combien ce cas idéal me paraît rare et difficile à rencontrer ! Combien peu de malades sont vues à cette période peu avancée de leur lésion! Aussi ai-je grand'peine à accepter, dans les conclusions de M. Verneuil, la phrase dans laquelle il est dit « qu'en cas de cancer, l'amputation du col peut donner une cure radicale possible, si l'extirpation est totale. »

Je m'élève d'autant plus contre cette assertion que, dans les cas les plus favorables en apparence, l'extirpation totale de l'organe peut être suivie elle-même d'une récidive rapide. Du reste, à cet égard, la statistique est éloquente : sur 22 cas choisis, triés sur le volet parmi plus d'un millier de cas, 7 fois seulement les résultats sont notés comme *très satisfaisants*. N'est-ce pas la meilleure preuve de la malignité excessive de ce cancer et n'est-ce pas, dans cette malignité excessive elle-même, qu'il faut chercher les meilleurs arguments contre les tentatives opératoires ? Ne se-

ra-t-on pas à un moment en droit de dire : le cancer de l'utérus présente une malignité qui défie les meilleures opérations et s'oppose à de nouvelles entreprises chirurgicales ? Nous ne sommes pas encore en droit de formuler cet arrêt; nous avons vécu jusqu'à présent avec les résultats insuffisants des opérations partielles, des destructions incomplètes par le fer, le feu ou les caustiques; mais nous voilà aujourd'hui en possession d'une méthode opératoire plus jeune, plus radicale, mieux basée sur les données fondamentales qui régissent la thérapeutique du cancer, étudiée à la fois dans tous les pays avec la même ardeur et le même désir de trouver mieux que les anciens procédés; allons-nous, sans appel et sans expérience suffisante, la jeter par-dessus bord? Nous n'en avons pas le droit; les mêmes hésitations, les mêmes craintes se retrouvent au début de toutes les nouveautés chirurgicales. Leur progrès ne se fait qu'avec le temps, et, je le déclare, le temps est encore insuffisant pour juger l'hystérectomie vaginale totale d'une manière définitive.

Je voudrais aujourd'hui pouvoir jeter dans la balance des chiffres qui feraient pencher le plateau et emporteraient la conviction; malheureusement, je ne puis encore le faire.

M. Verneuil nous prend de court en mettant à ce jour en parallèle une ancienne et une nouvelle opération. Trois ans à peine se sont écoulés depuis la première hystérectomie vaginale faite à Paris, et peut-on utilement compter les premières années où une jeune opération bégaie et chancelle, pour laquelle le chirurgien doit tout apprendre, les indications, le manuel opératoire, les soins consécutifs. On n'ose donner ses résultats qu'en tremblant; ceux des premiers jours sont gâtés par les défaillances et les erreurs du début; ceux des derniers sont trop rapprochés pour qu'on puisse en tirer une conclusion utile, et un adversaire qui prend les chiffres en bloc peut en tirer des conclusions absolument erronées sur la valeur définitive de l'opération. N'est-ce pas l'histoire de l'ovariotomie et de l'opération césarienne, et les chirurgiens qui nous suivront n'auront-ils pas, pour l'hystérectomie, les mêmes étonnements que nous-mêmes quand nous comparons les premières statistiques de la laparotomie avec celles d'aujourd'hui?

Depuis le commencement de 1886 jusqu'à la fin d'août 1888, j'ai fait *trente* fois l'hystérectomie vaginale totale, 29 fois pour cancer de l'utérus, col ou corps, 1 fois pour une rétroflexion irréductible, douloureuse, compliquée d'un prolapsus de l'ovaire.

Sur ces 30 cas, il y a eu 23 guérisons opératoires et 7 morts. Mes opérations se décomposent de la manière suivante, *par année*, et cette distinction est importante, les résultats devenant meilleurs

d'année en année, avec une expérience plus grande de l'opération et de ses indications.

En 1886 : 10 cas, 3 morts.

En 1887 : 8 cas, 2 morts.

En 1888 : 12 cas, 2 morts.

Soit 30 cas : 23 guérisons, 7 morts. Mortalité générale = 23 0/0.

Ce serait se faire, pour l'avenir, une fausse idée de la *mortalité* générale de l'opération, si on s'en tenait à ces chiffres, sans explication.

Les morts de 1886 sont absolument imputables à mon inexpérience, et se répartissent de la façon suivante : 2 morts par péritonite septique, et, dans l'un des cas, par déchirure de la vessie; 1 mort par hémorrhagie.

Deux de ces cas n'auraient pas dû être opérés; il y avait autour de l'utérus un envahissement néoplasique qui ne me parut pas évident à cette époque et que je ne méconnaîtrais pas aujourd'hui. Dans un cas, l'utérus ne put être isolé qu'avec la plus grande peine, et la vessie se trouva ouverte sans qu'on s'en aperçût. Dans l'autre cas, des masses épithéliales infiltraient l'un des ligaments larges; la pince à pression coupait les tissus sans faire l'hémostase, et un suintement sanguin lent et continu fit succomber l'opérée en quarante-huit heures.

La troisième malade mourut par suite de l'insuffisance d'antisepsie vaginale préopératoire; le vagin fut insuffisamment désinfecté, mes mains portèrent dans le péritoine des matières septiques au cours des manœuvres opératoires et la péritonite se déclara le soir même de l'opération.

En 1887 : 8 cas, 2 morts.

Une opérée exsangue, épuisée par des hémorrhagies invincibles, morte au cinquième jour de péritonite septique. La désinfection préalable du vagin avait été rendue impossible par l'abondance des hémorrhagies que provoquaient les injections, abondance telle qu'on dut laisser plusieurs jours en place, jusqu'au moment de l'opération, un tamponnement iodoformé. Ce tamponnement était fétide au moment où il fut retiré quelques instants avant l'hystérectomie vaginale.

Le deuxième cas de mort de cette année fut un véritable désastre; il s'agissait d'une femme de 50 ans, de bonne apparence, ayant un petit épithélioma du col et un volumineux utérus. Le volume considérable de l'organe me fit craindre que le corps lui-même ne fût envahi et je pratiquai l'hystérectomie vaginale. L'opération fut des plus laborieuses; l'utérus était bourré de fibromes, aussi gros que les deux poings; les pinces furent difficilement placées sur les ligaments larges difficiles à atteindre et l'une des pinces étreignit

un point de l'S iliaque ou de l'intestin grêle. Au 4e jour, il se fit, avec une attaque de péritonite suraiguë, une issue de matières fécales par le vagin et la malade succomba la nuit suivante. Ici, l'indication bien nette eût été de faire l'amputation du col et de s'en tenir à cette simple opération. Il y eut une véritable faute opératoire et un véritable malheur; c'est le pendant de l'ouverture du cul-de-sac par la chaîne de l'écraseur, et c'est avec un renouveau de vrai chagrin que je rappelle cette observation.

En 1888 : 12 cas, 2 morts.

Ici, au contraire, la mortalité n'est pas directement imputable à l'opération; l'une des opérées, diabétique méconnue, rendait 250 grammes de sucre en vingt-quatre heures et succomba le cinquième jour sans accident ni réaction, n'accusant qu'une soif inextinguible. L'autopsie fut absolument négative; le petit bassin ne présentait aucune trace de péritonite.

L'autre malade succomba au neuvième jour après l'opération d'une pneumonie ataxo-adynamique avec délire et agitation, sans aucune complication péritonéale.

Les chiffres des *guérisons* et des *récidives* se répartissent de la manière suivante :

1886. — 1 guérison définitive, 5 récidives (mortes dans l'année qui suivit l'opération). La malade (34 ans) guérie est opérée depuis deux ans accomplis; elle est aujourd'hui en parfaite santé. Elle était atteinte d'un cancer ulcéré du col pénétrant jusqu'à l'orifice interne. L'opération a été faite en présence de M. Poncet (de Lyon).

1887. — 3 guérisons (1 depuis seize mois et demi, 1 depuis quinze mois, 1 depuis quatorze mois); 3 récidives (1 mort au bout de onze mois, 1 mort au bout de quatre mois, 1 mort au bout de huit mois).

1888. — Les opérations sont encore trop rapprochées pour que les résultats puissent être considérés comme définitifs. 5 guérisons persistent à l'heure actuelle (24 octobre); les malades ont été opérées entre le mois de février et d'août; 5 récidives (encore vivantes).

Le tableau récapitulatif général peut se résumer de la façon suivante (30 cas : 29 cas pour cancer, 1 cas pour rétroflexion irréductible).

1886. — 10 cas : 3 morts, 1 guérison datant de deux ans (cancer), 1 guérison définitive (rétroflexion), 5 récidives.

1887. — 8 cas : 2 morts, 3 guérisons (quatorze mois, quinze mois, seize mois et demi), 3 récidives.

1888. — 12 cas : 2 morts, 5 guérisons (au 25 octobre), 5 récidives (en évolution).

Tel est mon bilan; il n'est pas parfait, mais il est instructif. Il

montre une progression évidente dans les résultats immédiats et une amélioration dans les résultats définitifs. En tout cas, il ne me désespère pas, et il me permet d'espérer qu'avec un choix plus judicieux des cas, une habileté plus grande dans la technique, l'ensemble des résultats doit encore s'améliorer. Et s'il m'est démontré plus tard que, malgré l'apparence des meilleurs éléments et en dépit des plus favorables conditions de succès, je poursuis une chimère et que la lutte est inutile, j'abandonnerai la partie non sans regret, mais du moins en parfaite connaissance de cause.

J'ai été élevé à l'école de M. Verneuil et je lui ai pris un peu de sa ténacité; je l'ai vu s'acharner et s'ingénier de toutes façons, pour la cure du cancer de la bouche; je ferai de même pour le cancer de l'utérus.

M. Richelot. — En prenant la défense des amputations partielles de l'utérus contre l'hystérectomie vaginale, M. Verneuil s'est proposé d'établir que ces opérations, plus simples et plus bénignes que l'ablation totale, sont en même temps d'une égale efficacité. C'est là le point à éclaircir. Car, s'il était prouvé dès maintenant que l'ablation totale a de meilleurs résultats éloignés que les opérations parcimonieuses, vous reconnaîtriez que des chirurgiens exercés, bien aidés et en possession d'un bon outillage, ont le droit de choisir, contre une maladie fatalement mortelle, l'opération la plus ardue.

Les amputations restreintes sont-elles donc aussi efficaces que l'ablation totale? Et, pour qu'il n'y ait pas de malentendu, je demande à préciser davantage : les amputations restreintes ont-elles autant de chances de donner la *guérison radicale?* Tel est, selon moi, le véritable terrain de la discussion. Si, depuis quelques années, nous pratiquons avec persévérance l'hystérectomie vaginale et cherchons à la rendre meilleure, c'est parce que nous espérons obtenir par elle un plus grand nombre de guérisons définitives. Si elle ne devait fournir que des résultats palliatifs, je préférerais, pour ma part, l'intervention la plus simple, et je me rangerais à l'avis de M. Verneuil. L'analyse des faits de notre excellent maître ne paraît pas encore, à ce point de vue, très démonstrative. M. Verneuil me pardonnera si je fais quelque erreur de chiffres, n'ayant pas eu sous les yeux le texte même de son discours.

Je lis dans son travail des *Archives de médecine*, en 1884, qu'il avait opéré alors 17 cancéreuses. Sur ce nombre, il y avait 1 malade guérie depuis quelques mois, 5 malades perdues du vue, et 11 récidives immédiates. La première est guérie aujourd'hui depuis cinq ans, et je n'hésite pas à la compter comme une guérison définitive. Sur les 5 malades perdues de vue, 2 ont disparu, bien

portantes, après trois ans ; voilà une survie qui ressemble bien à une guérison, mais, à la rigueur, nous n'en savons rien. Depuis cette époque, M. Verneuil a opéré 5 nouvelles cancéreuses ; elles sont toutes vivantes, mais 3 sont en état de récidive, 2 sont encore récentes, et M. Verneuil dit de ces dernières que la récidive surviendra probablement. Donc, sur ce total de 22 cas, il y a 14 récidives, 5 malades disparues sur lesquelles on ne peut rien affirmer, 2 opérées encore trop récentes pour qu'elles puissent entrer en ligne de compte, et une seule guérison bien authentique persistant depuis cinq ans. Je ne dis pas que ces résultats soient mauvais, mais ils ne mettent pas en pleine lumière la valeur curative des opérations parcimonieuses.

Aussi bien, M. Verneuil semble renoncer d'avance à la cure radicale. Ce qu'il cherche avant tout, c'est la survie moyenne de ses opérées. Ainsi, en 1884, il avait une survie moyenne de dix-neuf mois ; un peu plus tard, cette moyenne atteignait vingt-trois mois, mais une malade avait récidivé dans l'intervalle et était morte. Pour M. Verneuil, la statistique était devenue meilleure ; pour moi, elle comptait un échec de plus. C'est que M. Verneuil s'intéresse surtout à la durée des résultats palliatifs ; moi, je cherche la fréquence relative des guérisons radicales. Je ne trouve pas très important de savoir si la malade, une fois en possession de sa récidive, a traîné quelques semaines ou plusieurs mois, car la marche plus ou moins rapide de la repullulation ne dépend pas de l'opération qu'on a faite. Ce qui m'intéresse le plus, c'est de savoir dans quelle mesure cette récidive est inévitable.

L'observation répond qu'après les opérations partielles, surtout après l'amputation sous-vaginale, la récidive est de règle à peu près constante ; et trop souvent l'examen de la pièce anatomique donne l'explication du fait, en montrant que la section du col a porté sur des traînées de cellules cancéreuses qui s'insinuent entre les fibres musculaires et dépassent le champ opératoire. La récidive est le plus souvent rapide ; le plus souvent aussi, elle porte sur le moignon utérin. Je n'ignore pas qu'elle peut se montrer à distance, et qu'alors une opération plus étendue n'aurait pas mieux réussi. Mais toutes les fois qu'elle a pour siège le moignon, j'ai le droit de penser qu'on aurait eu de meilleures chances de guérison par une ablation totale.

J'accorde volontiers qu'il y a une forme de cancer pour laquelle l'ablation totale ne vaut guère mieux que l'amputation limitée : c'est le cancer en chou-fleur de la portion vaginale du col. On a dit avec raison qu'il est bien souvent impossible de faire une distinction tranchée entre les cancers intra-cervicaux et ceux de la portion vaginale ; il arrive cependant qu'on observe l'épithéliome assez

près de son début pour distinguer nettement son point d'origine. Or, pour cette forme qui gagne lentement dans l'épaisseur du col et rapidement vers le cul-de-sac — je l'ai dit au dernier Congrès de chirurgie — peut-être fait-on aussi bien de pratiquer une sus-vaginale avec large résection des culs-de-sac, que d'enlever l'utérus en totalité. Seulement, quelle est la fréquence de cette forme? Elle est bien restreinte, si j'en crois mes observations, car deux fois seulement j'ai eu l'occasion d'observer à temps pour l'opérer un cancer ayant son point d'implantation sur la face externe du col et ne pénétrant pas notablement dans son épaisseur. Pour les cancers intra-cervicaux, ceux qui remontent plus ou moins haut vers la cavité utérine, on ne sait pas, avant l'opération, quelle hauteur ils atteignent; de telle sorte que, par une opération parcimonieuse, on s'expose toujours à rester au-dessous des limites du néoplasme.

En tous cas, si j'adoptais pour certaines formes une amputation partielle, ce serait à la condition de ne pas m'en tenir à la sous-vaginale avec l'écraseur, mais de faire une sus-vaginale très complète, en dégageant au bistouri le segment inférieur de l'utérus et coupant le plus haut possible. C'est une opération un peu plus difficile, sans doute, que la simple amputation du museau de tanche, mais dont les suites sont aussi d'une grande simplicité, et dont les chances de succès sont meilleures.

Voici maintenant les faits personnels sur lesquels je m'appuie, faute de mieux, pour espérer que les guérisons définitives, par l'hystérectomie vaginale, seront un jour démontrées et plus nombreuses. Sur mes opérées de cancer utérin par l'ablation totale, j'ai maintenant 15 malades guéries de l'opération. Sur les 15, il y en a 2 que j'ai opérées à tort et faute d'un diagnostic suffisant, pour un cancer déjà propagé aux ligaments larges; elles sont mortes, non d'une récidive, mais de la continuation pure et simple de leur mal; je les mets à part. Restent 13 malades, qui se décomposent ainsi : 7 guéries depuis 25, 23, 18, 14, 4 et demi et 3 mois; 6 récidivées. Cette proportion serait fort belle, si elle devait durer; mais les deux dernières opérées sont trop récentes pour qu'on puisse rien en conclure, et aucune des autres n'est encore assez ancienne pour être absolument à l'abri de la récidive. Mes chiffres ont l'air, jusqu'ici, d'être plus heureux que ceux de M. Verneuil, qui a 14 récidives, 3 guérisons actuelles dont 2 récentes et 5 guérisons possibles (malades perdues de vue); mais les faits que je présente ne sont pas assez vieux, je le reconnais, pour avoir une valeur démonstrative.

Je conclurai donc en disant que je ne puis rien démontrer, cela va sans dire, et nous en sommes tous là. Mais que devons-nous espérer dans l'avenir? Probablement, nous n'aurons jamais de ré-

sultats bien comparables entre eux dans des cas en apparence identiques. Il y aura toujours des cancers à évolution rapide, à récidive prompte après des opérations qui nous semblaient radicales ; d'autres, plus lents à leur début, et pouvant rester guéris longtemps, ou même toujours, après une intervention plus timide. Néanmoins, pour des cancers supposés de même allure et de même gravité, nous avons le droit de compter davantage sur l'opération qui poursuit le plus loin les germes de récidive. Voilà ce que nous croyons pouvoir démontrer à la condition d'attendre encore. Mais, pour en arriver là, il faut bien continuer à mettre à l'épreuve l'opération qui nous paraît la plus rationnelle ; c'est en nous attachant à la faire comme nous ne l'avons pas toujours faite à nos débuts, c'est-à-dire dans les cancers bien limités où elle a de vraies chances de succès, que nous pourrons un jour établir sa valeur en toute connaissance de cause.

M. Verneuil. Je ne répondrai aujourd'hui qu'un mot à M. Richelot. Les chiffres qu'il nous a produits ne lui donnent pas le droit de conclure, comme il paraît vouloir le faire, à la supériorité de l'hystérectomie totale sur l'hystérectomie partielle. Sans parler de la gravité plus grande de l'ablation complète, et qui ressort avec évidence de l'exposé de notre collègue, je ne vois pas que la survie chez ses opérées guéries soit comparable à celle que j'ai obtenue.

M. Trélat. Il est clair que l'hystérectomie vaginale n'ayant, en France, que trois ans de date, aucun de nous ne peut, comme M. Verneuil, avoir observé des survies de cinq et sept ans.

M. Verneuil. Soit, mais tenons-nous-en alors à mes dernières opérations, depuis 1884, qui me donnent vingt-neuf mois de survie moyenne.

M. Richelot. Je réponds à M. Verneuil que, parmi ses opérées qui ont survécu, plusieurs sont en voie de récidive. Or, pour moi, encore une fois, ce qui importe c'est de savoir, non quelle sera la survie, mais s'il y aura ou non récidive.

M. Kirmisson. Je voudrais faire une remarque générale sur la conduite de la discussion. Il me semble que, si nous la poursuivons dans le sens où s'engage M. Richelot, nous n'aboutirons pas. Il est bien clair, en effet, que, pas plus pour le cancer de l'utérus que pour celui du sein, de la langue ou de tout autre organe, nous ne pouvons espérer être en possession d'un procédé opératoire qui assure la cure radicale.

Il suffit, pour nous mettre en état de juger de la valeur de

l'hystérectomie vaginale, dans le traitement du cancer utérin, que chacun de nous vienne dire à son tour combien de fois il a pratiqué l'opération, et avec quels résultats, combien de morts primitives, combien de survies et de quelle durée. Il serait bon, d'autre part, comme l'a fait M. Bouilly, que les causes de mort fussent indiquées avec soin. On fera ainsi vraiment œuvre utile.

M. Pozzi. Je n'ai pratiqué que six fois l'hystérectomie vaginale pour cancer, et j'ai publié récemment ces observations [1]. Ma série est petite parce que je restreins les indications opératoires beaucoup plus que la plupart de mes collègues. Quand l'utérus ne s'abaisse pas facilement et que l'envahissement au delà de ses limites est à redouter, ou quand le vagin est pris, je m'en tiens à un traitement palliatif : curettage et cautérisation ignée. Par contre, je crois que l'ablation totale de l'utérus doit s'appliquer dès qu'on a reconnu l'existence du cancer, quelque limitée que soit la lésion, je dirai même plus la lésion est limitée : elle est faite, non contre le degré du mal, mais contre sa nature. Malheureusement, il est bien rare que le chirurgien soit appelé à la période initiale, où son action aurait chance d'être le plus efficace.

Sur mes six observations, une a donné deux ans et demi de guérison, après quoi la récidive est survenue, entraînant la mort en trois mois. Une a récidivé très rapidement et a amené la mort cinq mois après l'opération. Un cas a récidivé au bout de huit mois; mort, un an après l'opération. Deux autres femmes opérées, l'une il y a onze mois, l'autre il y a six mois, sont encore en bonne santé. Enfin, une opérée a succombé au *shock*. J'ai donc eu une mort sur six opérées, soit 16,6 0/0. C'est un pourcentage qui se rapproche beaucoup des résultats obtenus par les dernières séries qu'a publiées A. Martin [2], d'après sa pratique et celle de Fritsch, Léopold, Olshausen, Schröder, Hofmeier, Staude, jusqu'à la fin de 1886. Il a réuni ainsi 311 cas, avec 47 morts, soit 15,1 0/0. La plus belle série est celle qui correspond aux 50 dernières opérations faites à la clinique de Schröder avec 3 morts seulement, soit 6 0/0.

On peut donc dire que, désormais, l'hystérectomie, *faite dans de certaines conditions, à temps et avec une bonne technique*, est une opération au moins aussi bénigne que l'amputation de la mamelle. Cette constatation est, par elle-même, d'une importance majeure dans le parallèle qu'on a établi entre l'*hystérectomie* totale et l'*hystérotomie* partielle (amputation du col *infrà* et *suprà* vaginale). M. le professeur Verneuil a justement fait ressortir le peu de

[1] *Annales de gynécologie*, septembre 1888.

[2] *Annals of gynæcology* (journal américain), 1888, vol. I, n° 2.

gravité de cette dernière. Toutefois, l'argument qu'il en a tiré perdra assurément de sa force à mesure que l'hystérectomie vaginale deviendra elle-même moins dangereuse. Or, on peut prédire, sans témérité, qu'un jour viendra prochainement où, pratiquée dans les mêmes conditions, pour les mêmes cas que l'amputation du col, elle ne sera pas sensiblement plus grave qu'elle.

La question se trouvera alors nettement circonscrite à la seule considération de *survie*, ou d'efficacité relative des deux opérations. Mais j'irai plus loin. Il me semble que, déjà, l'écart entre la gravité des opérations totale et partielle est assez diminué, pour que le problème soit réduit à cette unique donnée, lorsqu'il s'agit des cas de cancers au début, pour lesquels l'opération partielle peut être discutée. En face d'un épithélioma n'ayant pas dépassé le col, le chirurgien n'a donc pas à se demander : quelle est l'opération la moins périlleuse ? mais bien : quelle est celle qui donnera la plus longue survie, de l'ablation complète de l'organe ou de son ablation incomplète ?

Il semble que la solution s'impose par ce simple énoncé en faveur de la première. Et cependant, celle qu'indique la logique paraît en contradiction avec les faits, ou tout au moins avec certaines séries de faits. La remarquable série de M. le professeur Verneuil donne une suite de survies beaucoup plus longues après la simple excision du museau de tanche, que n'importe quelle série publiée d'hystérectomies totales. Pareille antinomie résulte de l'expérience de Schröder; Hofmeier [1] l'a fait ressortir, avec l'appui de chiffres précis, dans un mémoire où il préconise l'amputation élevée, ou supra-vaginale du col, de préférence à l'hystérectomie, toutes les fois que le museau de tanche est le point de départ du cancer.

Faut-il conclure de ces documents que la guérison sera d'autant plus longue qu'on aura moins largement dépassé les limites du mal ? Certes cela est trop illogique pour être vrai. Une explication toute naturelle dispense, du reste, d'une interprétation aussi paradoxale. Dans quels cas fait-on toujours l'amputation partielle ? Pour des cancers au début. Dans quels cas pratique-t-on ordinairement l'hystérectomie totale ? Pour des cancers assez avancés. Or, dans le premier cas, il n'y a vraisemblablement pas d'extension du mal au tissu cellulaire voisin ou aux lymphatiques ; il n'en est pas de même souvent dans le second cas, quelles que soient les apparences. On ne peut donc légitimement établir de comparaison au point de vue des résultats. Cette comparaison ne serait juste que si elle pouvait s'appliquer à deux séries de cas,

[1] *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, 1886, Bd XIII, Heft 2.

exactement similaires, composées uniquement de cancers très limités, traités les uns par l'amputation partielle, les autres par l'extirpation totale. Mais cette seconde série n'existe pas en fait, car dans la pratique de tout hystérectomiste, il se trouve toujours, en grande majorité, des cas où le mal a dépassé le col pour envahir le corps, qui figurent à côté des cas moins graves, et qui assombrissent le tableau final. On peut donc, je crois, contester la valeur de l'argument tiré des statistiques actuelles.

Reste un second élément d'appréciation qui, en somme, prime le premier : le raisonnement basé sur l'anatomie pathologique et l'expérience clinique. Que nous apprennent l'une et l'autre relativement au cancer utérin ?

L'anatomie pathologique nous indique l'envahissement fréquent de la muqueuse bien au delà des limites apparentes du mal sur le museau de tanche. Se borner alors à l'abrasion de celui-ci (ou amputation infra-vaginale), c'est laisser subsister au centre du moignon une amorce pour la repullulation rapide. On se met, jusqu'à un certain point seulement, en garde contre cette extension du mal, au début, en faisant l'amputation supra-vaginale du col, comme l'a préconisé Schröder et son école. Mais cette opération est plus sérieuse, elle expose au rétrécissement cervical et à l'hématométrie (Fritsch, Martin); de plus, elle procède toujours à l'aveugle, sans pouvoir donner la certitude d'avoir dépassé les limites du cancer qui a envahi la muqueuse.

Outre la marche ascendante de l'épithélioma, par extension centripète, il y a encore un autre mode d'envahissement tout à fait impossible à reconnaître sur les malades, je veux parler des noyaux disséminés dans le corps, contemporains d'une lésion circonscrite en apparence au col. Ce sont des cas de ce genre que M. Terrier [1] a signalés d'après les examens de ses pièces faits au laboratoire de M. Ranvier. Ils viennent à l'appui d'observations plus anciennes. Ruge [2], il y a 3 ans, publiait le fait démonstratif que voici : Une femme se présente à lui avec un cancer en apparence limité au col ; il hésite entre l'amputation partielle et l'hystérectomie, pour se décider finalement en faveur de cette dernière. Quand la pièce est enlevée, on trouve deux foyers cancéreux nettement distincts et séparés par des tissus sains : l'un au col, l'autre dans le corps. Ce dernier eût été respecté par l'opération supra-vaginale.

D'autre part, Christian Fenger [3], il y a un an, montrait à la Société gynécologique de Chicago, des pièces faisant toucher du doigt

[1] *Revue de chirurgie*, mai 1888.

[2] Société de gynécologie de Berlin, 8 mai 1885 (*Centr. f. Gyn.*, 1885, p. 376).

[3] Société de gynécologie de Chicago (*Americ. journal of obstetr.*, 1888, p. 90).

combien est illusoire en clinique la distinction qu'on a cherché a établir (d'après Ruge et Veit), entre le cancer superficiel du museau de tanche et le cancer profond de la muqueuse ; une fusée néoplasique partie d'une lésion limitée en apparence, allait infecter au loin la partie supérieure du col et jusqu'à la muqueuse du corps. Que penser en pareil cas de l'opération partielle?

Ce n'est pas tout. Landau et K. Abel [1], son assistant, ont apporté un nouvel argument anatomique en faveur de l'hystérectomie totale dès le début ; il est tiré de la dégénérescence profonde de la muqueuse du corps, qui se poursuivrait parallèlement à la néoplasie cervicale. Cette dégénérescence commençant par l'endométrite pourrait aboutir au sarcome. Sur 7 cas analysés dans le travail d'Abel, tous relatifs à des cancers du museau de tanche que Schröder eût jugés justiciables de l'amputation supra-vaginale, il y avait trois fois, affirme-t-il, une dégénérescence sarcomateuse avérée. Des 4 cas restants, deux étaient atteints de lésions inflammatoires chroniques qu'Abel considère comme le premier stade de la dégénerescence sarcomateuse à cause de l'extrême abondance des cellules fusiformes; deux utérus seulement n'avaient que de l'endométrite glandulaire sans prolifération exagérée. Peut-être ne faut-il accepter qu'avec quelques réserves les déterminations précédentes, malgré l'autorité légitime du nom de Landau. Ces réserves viennent de prendre corps dans un récent mémoire de E. Fraenkel [2] qui, tout en refusant à voir dans les altérations de la muqueuse des lésions malignes, n'en conclut pas moins à la supériorité de l'ablation totale sur l'opération partielle. Quoi qu'il en soit, ces faits méritent d'être pris en sérieuse considération.

Même en laissant de côté ce dernier argument, dont la valeur n'est pas à l'abri de la critique, il ne me reste pas moins démontré qu'une amputation partielle ne permet jamais d'affirmer qu'on a enlevé tout le mal : 1° parce que celui-ci peut s'être répandu dans le corps par l'intermédiaire de la muqueuse, extension qui échappe forcément à l'investigation du clinicien; 2° parce qu'il peut exister dans le corps des nodules cancéreux indépendants, qu'il est, au lit de la malade, impossible de reconnaître. *Toute opération partielle est donc exposée à être incomplète.*

J'arrive à la seconde partie de mon argumentation. Elle est basée sur la clinique. Je serai bref, car on a déjà fait ressortir, avant moi, la contradiction d'une pratique chirurgicale où l'on préconiserait l'ablation totale de l'organe pour les cancers du sein et l'excision bornée aux limites *probables* du mal pour les cancers de l'uté-

[1] *Berlin klin. Woch.*, 1888, n° 10, et *Archiv. f. Gynäk*, Bd. XXXII, Heft 2.
[2] *Archiv. f. Gynäk*, Bd XXXIII, heft 1.

rus. Je me bornerai à préciser un point : l'extirpation large de tout l'organe est utile, non seulement parce qu'elle permet seule de dépasser les limites *macroscopiques* du mal, mais surtout parce qu'elle emporte une zone qui, saine en apparence, est, en réalité, déjà contaminée par l'absorption lymphatique. Il est, en effet, certain que le travail visible de l'envahissement est précédé, dans les tissus voisins du cancer, par une sorte de préparation latente, attestée parfois à l'anatomiste par une hyperplasie d'apparence inflammatoire, démontrée toujours au clinicien par les soudains progrès du mal, après une période stationnaire.

Les anciens avaient désigné cet état sous le nom expressif d'*imminence morbide*, qui mériterait d'être conservé pour les tissus comme pour les individus. Eh bien, l'hystérectomie, dès le début, ne s'attaque pas seulement au foyer ; elle sacrifie courageusement toute la zone accessible où des étincelles ignorées ont pu se répandre, et, si l'on peut ainsi dire, elle fait largement le vide devant l'incendie.

Certes, il serait très désirable que, comme pour la mamelle, nous pussions ici pénétrer jusqu'aux ganglions pour les explorer ou les extirper au besoin. Mais n'est-ce pas en enlevant tout l'utérus aussitôt que la nature cancéreuse du mal est avérée qu'on a encore le plus de chances de devancer l'infection ganglionnaire ? Or, c'est cette crainte qui domine toute la thérapeutique du cancer. La même doctrine impose aux chirurgiens l'extirpation large du carcinome du sein, l'amputation élevée des membres dans les néoplasmes malins des extrémités, et l'hystérectomie totale pour le cancer du col de l'utérus.

En terminant, je désire ajouter quelques mots sur un sujet que M. le professeur Verneuil a touché incidemment : l'amputation du col dans certaines formes de métrite chronique.

On sait l'abus que Lisfranc en avait fait pour son *engorgement utérin;* de là, une proscription dont on tend à revenir peu à peu. Pour ma part, j'ai retiré les plus grands bénéfices de l'ablation d'un segment cunéiforme à chaque lèvre du col (amputation biconique) en vue de provoquer l'involution d'un utérus hypertrophié en totalité par l'inflammation chronique. Charles Braun a montré, que les opérations sur le col agissent alors par une sorte d'action réflexe sur le corps. J'ai aussi pratiqué l'amputation partielle du col pour l'hypertrophie scléro-kystique limitée au col et succédant à des catarrhes invétérés.

L'excision de la partie interne des lèvres, avec conservation d'un lambeau externe, dite excision de la muqueuse cervicale, ou opération de Schröder, est une ressource précieuse dans les catarrhes chroniques, avec dégénérescence folliculaire de la muqueuse du col. Elle est très préférable à l'opération d'Emmet, qu'elle rem-

place et qu'elle complète, dans les déchirures du col, entretenant la métrite cervicale. Je l'ai plusieurs fois pratiquée avec grand succès.

M. Terrier. M. Pozzi nous a dit que, dans certains cas, il y avait sarcome du corps utérin accompagnant un cancer du col. Je ne crois pas la chose possible ; il s'agissait bien plutôt, à mon avis, dans ces cas, d'une métrite du corps de l'utérus, lésion qu'il peut être difficile de distinguer du sarcome avec dégénérescence épithéliale du col.

J'ajoute, puisque j'ai pris la parole, qu'aux statistiques étrangères qu'il nous a citées, M. Pozzi aurait pu joindre la mienne ; elle a été publiée, elle donne 17,8 0/0 de mortalité pour l'hystérectomie vaginale.

M. Pozzi. Je réponds à M. Terrier, au sujet de la dégénérescence sarcomateuse du corps utérin, qu'Abel a été au-devant de la remarque qu'il a faite. Ce point a été étudié d'une façon spéciale, précisément en vue de la confusion facile à faire entre les lésions simples, inflammatoires, et le sarcome vrai, et l'auteur soutient expressément qu'il s'agissait bien dans ces cas de sarcome. Je n'en dis pas davantage, car je n'ai pas de compétence personnelle pour trancher la question.

Pour ce qui est de la statistique de M. Terrier, si je n'en ai pas fait mention, c'est que je savais que mon excellent collègue devait prendre la parole dans cette discussion, et que je voulais lui laisser le plaisir de vous communiquer lui-même ses chiffres.

M. Bouilly. Je crois qu'il ne faut pas confondre en un même groupe, comme l'a fait M. Pozzi, au point de vue des résultats obtenus, les amputations *supra-vaginales* du col et les *sous-vaginales*. Dans les premières, les culs-de-sac sont ouverts, le col est mis à nu dans toute sa hauteur, le bistouri en creusant en dépasse même les limites, il s'agit en somme d'une ablation large, qui n'est aucunement comparable à la section, toujours superficielle, en somme, à l'ébarbement du col, que peuvent donner l'écrasement ou l'anse galvanique.

La première de ces deux opérations, reportant la section beaucoup plus haut, devra nécessairement donner des résultats meilleurs.

M. Pozzi. M. Bouilly a parfaitement raison ; mais les auteurs dont je vous ai cité les relevés, ne font pas toujours nettement cette distinction.

M. Trélat. En Allemagne, on ne se sert pour ainsi dire jamais, pour l'amputation du col, de l'écraseur ou de l'anse galvanique.

L'opération est presque toujours faite aux ciseaux ou au bistouri; elle est donc toujours plus précise et plus large, même lorsqu'elle est partielle.

Communication.

Quatrième série de trente-cinq ovariotomies,

Par M. Terrillon.

Les opérations d'ovariotomie qui forment cette quatrième série commencent au 10 novembre 1887 et se terminent au 30 juin 1888.

Cette série a été particulièrement favorable, car je n'ai perdu que trois malades du fait de l'opération. Deux sont mortes rapidement, par le choc opératoire et à la suite de désordres considérables produits par une intervention longue et difficile : la première, après trente-six heures ; la seconde, après quarante-huit heures. Voici, rapidement esquissées, les observations de ces deux malades :

Observation (résumée). — Mme P. (obs. IV), âgée de 56 ans, m'est adressée par le Dr Durdos. Cette femme, actuellement très affaiblie, fait remonter l'origine de son kyste à huit ans. Elle était seulement gênée par le poids et le volume de cette tumeur lorsque, trois semaines avant son entrée à la Salpêtrière, elle fut prise brusquement de symptômes de péritonite, avec vomissements, douleur de ventre. Ces accidents se calmèrent bientôt, mais en laissant un grand affaiblissement. La malade se décida alors à se faire opérer. L'opération eut lieu le 19 novembre 1887. Elle dura une heure et quart. — Le kyste multiloculaire était mortifié et contenait une grande quantité de sang et de caillots. Toute sa surface était unie au bassin et aux organes voisins par des adhérences qui furent déchirées avec peine et donnèrent beaucoup de sang. Le pédicule était tordu et étranglé. L'ovaire gauche était sain. — Cette malade, à partir de l'opération, s'affaiblit progressivement et mourut trente-six heures après.

Observation (résumée). — Mme M... (obs. V), âgée de 48 ans, portait un kyste assez gros (circonférence abdominale, 75 centimètres), depuis un temps indéterminé, mais dépassant au moins quatre ans. Cette femme était très affaiblie et présentait au sommet gauche des signes évidents de tuberculose pulmonaire. Voulant cependant lui donner le bénéfice d'une ovariotomie qui, en la débarrassant de son kyste, lui permettrait de respirer et de s'alimenter plus abondamment, je l'opérai le 26 novembre 1888 avec le concours de mon collègue M. Th. Anger, qui m'avait confié la malade. L'opération fut difficile à cause de la présence de nombreuses adhérences aux organes voisins. Le pédicule était très gros; l'ovaire gauche était sain. Il s'agissait d'un

gros kyste multiloculaire contenant 10 litres de liquide. — La malade mourut d'épuisement après quarante-huit heures. On trouva à l'autopsie des désordres tuberculeux très abondants dans les deux poumons, surtout au sommet du poumon gauche. Les reins étaient entièrement atrophiés et très petits.

Quant au troisième décès, il est survenu dans des circonstances spéciales qui peuvent être imputables à l'opération, mais qui reconnaissent aussi un autre mécanisme. Les causes de la mort ont été multiples et complexes, elles n'ont eu aucun rapport avec les accidents qu'on a à redouter ordinairement après l'ovariotomie, tels que la péritonite, la septicémie, etc.

Observation (résumée). — Il s'agissait d'une femme de 58 ans qui fut opérée le 2 mai 1888. Elle portait depuis très longtemps (peut-être dix ans) un kyste volumineux de l'ovaire. La circonférence abdominale était de 108 centimètres. Cette femme était très affaiblie et avait les apparences d'une femme de 70 ans; enfin une bronchite chronique rendait la respiration difficile. — L'opération fut très pénible et dura une heure trois quarts. Des adhérences unissaient le kyste à la paroi abdominale; elles furent déchirées avec peine. Mais ce qui compliqua l'opération fut une adhérence totale à la paroi postérieure de l'utérus. Cette décortication fut pénible et donna beaucoup de sang. On dut employer la cautérisation au thermo-cautère pour arrêter l'hémorrhagie en nappe. Enfin, le kyste fut enlevé en totalité, mais sans pouvoir faire de pédicule, car celui-ci se déchira. — En présence des désordres produits par la décortication du côté du bassin, on établit un drainage abdominal. Tout alla bien au début, malgré la faiblesse de la malade. Le drain fut enlevé après quarante-huit heures. La malade toussait beaucoup; les sutures abdominales furent enlevées le huitième jour. Le neuvième jour, la plaie se désunit légèrement; un morceau d'intestin et d'épiploon sortit, mais ils étaient protégés par le pansement antiseptique. L'interne de service put réparer facilement ce désordre après un nettoyage parfait et au moyen de deux sutures. Il n'y eut pas de péritonite, mais l'affaiblissement alla en augmentant; l'alimentation devint insuffisante; la malade fut prise de subdélire et devint gâteuse. Elle expira le dix-huitième jour après l'opération.

Enfin, je ne voudrais pas ranger dans les cas de mort par le fait de l'opération une malade que j'ai perdue quarante-cinq jours après l'ablation d'un kyste ovarique. Elle était absolument guérie de son opération d'ovariotomie; elle mourut par le fait d'une hernie inguinale étranglée qui fut malheureusement opérée trop tard, alors que l'intestin était en partie sphacélé. Chez elle, l'opération d'ovariotomie avait été très simple, facile et sans aucune

complication. Les suites n'avaient donné lieu à aucun incident, si ce n'est que la malade, très affaiblie avant l'opération, avait repris difficilement des forces et restait très débile; elle était âgée de 52 ans.

Mais la remarque que je peux faire ici et que j'avais déjà indiquée dans ma dernière série, c'est que aucune de mes malades n'a présenté de symptômes, ni le moindre signe de péritonite ou de septicémie. Tous ceux qui ont suivi mon service et vu mes malades peuvent le certifier.

Comme dans mes autres séries, j'ai noté ce caractère particulier des ovariotomies que j'ai pratiquées, c'est la rareté des cas bénins et faciles. Six cas seulement furent simples, sans adhérences, ou avec des adhérences insignifiantes. Tous les autres furent plus ou moins compliqués, et on peut dire que 16 opérations furent particulièrement difficiles. Cela tient à l'ancienneté des cas que j'ai eu à opérer. Les malades, la plupart des femmes du peuple, attendent l'extrême limite de la résistance pour se faire opérer, et préfèrent subir de nombreuses ponctions avant de se mettre entre les mains d'un chirurgien. Ainsi dix de mes opérées avaient subi de 1 à 4 ponctions. Il est probable que, dans un avenir prochain, les médecins, plus soucieux de leur devoir, n'hésiteront plus à conseiller à leurs malades une opération radicale, au lieu de les entretenir dans une illusion trompeuse et qui compromet certainement le succès dans l'ablation des kystes.

Parmi les observations que j'ai recueillies, il en est quelques-unes qui sont particulièrement intéressantes et qui ne doivent pas passer inaperçues au milieu des autres à cause de leurs caractères spéciaux qui les rendent instructives à plus d'un titre. Une des plus importantes est l'observation XXVI.

Observation (résumée). — Il s'agit ici d'un cas exceptionnel; un gros kyste gélatineux rompu dans le péritoine avait donné lieu à des accidents graves nécessitant une opération assez rapide et urgente. On savait que cette malade portait depuis longtemps des fibromes volumineux qui avaient donné lieu à des pertes souvent menaçantes.

Pendant l'opération, je m'aperçus qu'une partie du kyste gélatineux était tellement adhérente aux fibromes utérins qu'on ne pouvait les séparer sans danger. En extrayant le kyste de l'abdomen, il entraîna avec lui toute la masse utérine. En présence de cette complication, je n'hésitai pas à sacrifier l'utérus, qui fut sectionné au-dessus du vagin. Un tube à drainage en caoutchouc enroulé autour du col servit à assurer l'hémostase. Mais il était impossible de fixer ce pédicule dans la partie antérieure de la plaie abdominale et de mettre sa section en dehors du plan de la paroi abdominale. L'épaisseur de celle-ci et la brièveté du

pédicule empêchaient de la fixer dans une bonne situation. Je me contentai de le séparer autant que possible de la cavité péritonéale en suturant le péritoine au-dessous de la ligature. Le pédicule fut abandonné au fond de l'angle inférieur de la plaie abdominale. Je me proposai de le surveiller avec soin, après l'avoir recouvert de gaze iodoformée. Tout alla bien pendant les premiers jours, mais la température monta progressivement à partir du 9e jour pour atteindre 40° le 12e jour. Je résolus alors d'aller à la recherche du pédicule situé à près de 20 centimètres de profondeur. Au moyen d'un éclairage spécial et avec de longues pinces et de larges ciseaux courbes, je pus couper la partie sphacélée du pédicule, relever le caoutchouc et nettoyer le cul-de-sac. La température tomba aussitôt et, cinq semaines après, la malade était guérie.

Ici, il y eut un phénomène que j'ai déjà observé après les opérations d'hystérectomie avec pédicule fixé dans l'angle de la plaie, mais seulement quand la section passe à travers la cavité utérine. A un moment donné, la plaie résultant de l'enfoncement du pédicule communique avec le vagin par l'intermédiaire de la cavité du col utérin. Les liquides qui servent à nettoyer la plaie passent dans le vagin. Cette communication dure pendant quelques jours. Puis elle cesse complètement quand la cicatrisation profonde se fait.

Nature des tumeurs. — La nature des tumeurs qui ont été enlevées comprend les variétés suivantes :

Kystes multiloculaires simples ou compliqués...	26
Kystes para-ovariens..........................	5
Kystes dermoïdes............................	2

Enfin, deux fibromes dont un kystique paraissaient venir de l'ovaire.

Toutes ces opérations ont été complètes et je n'ai laissé aucune parcelle de kyste dans l'abdomen malgré les difficultés de l'extirpation. Neuf fois sur trente-cinq, j'ai enlevé les deux ovaires ; plusieurs fois, l'ovaire du côté opposé au kyste était lui-même ou kystique ou très suspect.

Réflexions à propos du manuel opératoire et des instruments. — J'ai pratiqué le lavage du péritoine dans un grand nombre de cas avec de l'eau filtrée et bouillie, assez chaude ; toujours avec avantage et sans avoir rien remarqué qui fût de nature à me faire abandonner cette pratique si utile dans la plupart des cas où la décortication du kyste a été difficile, surtout au niveau du bassin.

Il en est de même du drainage que j'ai mis rarement en usage, mais que je n'ai pas hésité à employer, dans les cas où des dé-

sordres sérieux existaient dans le fond du bassin, c'est-à-dire vers les parties déclives.

Dans mon outillage opératoire, j'ai changé peu de chose, car je l'avais déjà simplifié et amélioré beaucoup dans le courant de l'année dernière. Toujours mes instruments sont soumis à l'ébullition pendant 10 minutes avant l'opération.

J'ai pris un soin plus strict pour le lavage et le nettoyage des mains et des ongles.

J'ai supprimé les aides autant que possible, afin de diminuer les contacts avec les instruments et les éponges.

Depuis quelque temps, j'avais renoncé au catgut, pour le remplacer par de la soie bouillie, parce que je n'étais pas assez certain de l'asepsie du catgut fourni par les commerçants. Actuellement, j'y suis revenu et je compte en user plus souvent, parce que je peux en préparer qui présente toute sécurité. Le catgut en effet, tel qu'il est fabriqué dans le commerce, et surtout tel qu'il nous est livré, ne présente pas de sécurité suffisante. Sa surface en contact prolongé avec des substances antiseptiques peut être assez nette, mais on n'est pas certain de ce résultat, surtout dans sa profondeur. L'idéal était donc d'avoir un catgut qui pût être soumis à une température assez élevée pour donner toute sécurité ; avec le boyau de mouton préparé à la manière ordinaire, la chose n'est pas possible ; le catgut se dénature et s'abîme aussitôt. Mais M. Auguste Reverdin, nous a appris que le catgut préparé d'une certaine façon, c'est-à-dire dégraissé avec soin, pouvait être soumis à une température de 130° dans une étuve sèche sans subir d'altération. Ce fait que j'ai constaté auprès de M. Reverdin m'a beaucoup frappé. Aussi ai-je employé du catgut de sa fabrication et ai-je moi-même fait préparer à Paris du catgut dégraissé. Il supporte admirablement une température de 130° dans une étuve sèche, à condition de chauffer lentement et longtemps. Conservé ensuite dans un liquide antiseptique, il est absolument aseptique et donne pour longtemps une sécurité absolue.

Observations.

I. — Mlle C..., 19 ans. La maladie a débuté il y a dix-huit mois. On fit deux ponctions à 3 mois d'intervalle qui donnèrent 6 litres de liquide paraovarien. Circonférence abdominale, 95 centimètres. — *Opération* (10 novembre 1887); elle dura trente-cinq minutes. C'était un kyste du ligament large dont la surface interne était couverte de petites végétations et présentait des adhérences épiploïques légères. L'ovaire gauche était sain. — *Guérison.*

II. — Mme M..., 28 ans, est malade depuis onze mois. Elle se plaint d'accidents douloureux dans le ventre depuis trois mois. Circonférence abdominale : 102 centimètres. — *Opération* (12 novembre 1887). Durée, quarante minutes. Adhérences à l'intestin et à l'utérus. Grossesse de cinq mois. Kyste multiloculaire avec 6 litres de liquide. Ovaire droit sain. — *Guérison*. Quatre mois après l'opération, la malade a accouché à terme dans de bonnes conditions.

III. — Mme D..., 38 ans. Début de la maladie, trois ans. Elle subit 12 ponctions de 10 à 12 litres chacune. Elle maigrit considérablement. Circonférence abdominale, 83 centimètres. — *Opération* (17 novembre 1887), sans adhérences ; durée : vingt-cinq minutes. Kyste pauciloculaire sans végétation, du poids de 700 grammes, avec 5 litres de liquide. Ovaire gauche sain. — *Guérison*.

IV. — Mme P..., 56 ans ; début de la tumeur, huit ans. Elle a éprouvé des symptômes de péritonite violente trois semaines avant l'opération. Circonférence abdominale, 88 centimètres. — *Opération* (19 novembre 1887) ; durée, une heure et quart. Kyste uniloculaire à parois mortifiées avec pédicule tordu et contenant du sang et des caillots. Des adhérences l'unissaient à toute la paroi abdominale, aux intestins et au bassin. Ovaire droit sain. Elle *meurt* après trente-six heures d'épuisement.

V. — Mme M..., 48 ans ; début indéterminé mais d'au moins quatre ans. Tuberculose pulmonaire et grande faiblesse. Circonférence abdominale, 70 centimètres. — *Opération* (26 novembre 1887). L'opération fut très pénible à cause des adhérences nombreuses et dura quarante-cinq minutes. Kyste multiloculaire contenant dix litres de liquide avec un gros pédicule. Ovaire gauche sain. — *Mort* après quarante-huit heures. Tuberculose pulmonaire. Rein atrophié.

VI. — Mlle D..., 21 ans ; début du kyste, quatre ans. Elle a subi quatre ponctions de dix à quinze litres chacune. Une des dernières ponctions a été suivie de symptômes de péritonite. Circonférence abdominale, 114 centimètres. Malade très maigre et très affaiblie. — *Opération* (17 décembre 1887). Kyste multiloculaire contenant vingt litres de liquide, avec adhérences totales au diaphragme et à l'épiploon. Durée, cinquante-cinq minutes. L'ovaire gauche kystique fut enlevé également. — *Guérison*.

VII. Mme R..., 29 ans, est atteinte de kyste de l'ovaire depuis cinq ans ; elle a eu, il y a quelques mois, des accidents de péritonite assez brusques qui l'ont beaucoup affaiblie. Circonférence abdominale, 77 centimètres. — *Opération* (27 décembre 1887). Le kyste était multiloculaire, végétant, mortifié ; son pédicule était tordu ; il contenait trois litres de liquide hémorrhagique. L'opération fut difficile à cause des adhérences nombreuses à l'épiploon, à l'intestin et aux organes voi-

sins ; elle dura quarante minutes. L'ovaire gauche est sain. — *Guérison.*

VIII. — Mme O..., 30 ans, a remarqué le début de sa tumeur, il y a sept ans. Elle n'a eu aucun accident, si ce n'est de l'affaiblissement. Circonférence abdominale, 102 centimètres. — *Opération* (21 février 1888) ; c'était un kyste paraovarien contenant cinq litres de liquide transparent, inclus dans le ligament large gauche, et qui nécessita une décortication très étendue. L'ovaire droit était kystique, surmonté d'une trompe dilatée et oblitérée ; il fut enlevé. Durée, trente-cinq minutes. — *Guérison.*

IX. — Mme R..., 48 ans ; début de la maladie, deux ans, sans symptômes spéciaux, si ce n'est le volume considérable du ventre. Circonférence abdominale, 125 centimètres. — *Opération* (24 février 1888). Kyste paraovarien contenant douze litres de liquide, mais pédiculé (gros pédicule). Durée quarante minutes. Ovaire gauche sain. — *Guérison.*

X. — Mme G..., 24 ans ; début du kyste remonte à un an, sans accidents. Circonférence abdominale, 74 centimètres. — *Opération* (3 mars 1888). — Kyste dermoïde contenant une grande quantité de poils avec trois dents et des débris de maxillaire ; il adhérait à la paroi abdominale et à l'épiploon, et était fortement enclavé dans le petit bassin. Ovaire gauche kystique enlevé. Durée, trente-cinq minutes. — *Guérison.*

XI. — Mme B..., 28 ans ; début de la maladie, quatre ans. Elle a subi une ponction de deux litres et demi de liquide transparent, il y a deux ans ; elle n'a pas éprouvé d'accidents. Circonférence abdominale, 79 centimètres. — *Opération* (8 mars 1888). Kyste paraovarien contenant trois litres de liquide citrin, inclus dans le ligament large. La décortication fut longue et pénible. Durée quarante-cinq minutes. Ovaire gauche sain. — *Guerison.*

XII. — Mme B..., 29 ans ; début du kyste, un an. Très affaiblie. Circonférence abdominale, 75 centimètres. — *Opération* (22 mars 1888). — Kyste multiloculaire en partie mortifié contenant du sang et des caillots. Pédicule tordu ; adhérences saignantes au bassin et à l'épiploon. Durée, quarante-cinq minutes. Ovaire gauche sain. — *Guérison.*

XIII. — Mme R..., 39 ans ; début de la maladie, neuf ans. Amaigrissement et épuisement considérables. Circonférence abdominale, 106 centimètres. — *Opération* (27 mars 1888). Vieux kyste multiloculaire à parois très épaisses contenant sept litres et demi de liquide gélatineux. Adhérences anciennes et résistantes à la paroi abdominale et aux parties voisines. Ovaire droit kystique enlevé. Durée cinquante minutes. — *Guérison.*

XIV. — Mme B..., 33 ans ; début un an et demi. Amaigrissement rapide et ascite. Circonférence abdominale, 110 centimètres. Une ponction donne successivement du liquide ascitique et du liquide de kyste en déplaçant le trocart. — *Opération* (31 mars 1888). Kyste multiloculaire très végétant ; adhérences au petit bassin ; ovaire droit kystique enlevé. Durée cinquante minutes. — *Guérison.*

XV. — Mme R..., 62 ans ; début un an. Accidents de péritonite il y a quelques mois. Circonférence abdominale, 108 centimètres. — *Opération* (5 avril 1888). Kyste à parois végétantes multiloculaires contenant neuf litres de liquide gélatineux. Adhérences à la paroi abdominale, au bassin, à l'épiploon et à la vessie. Ovaire gauche kystique enlevé. Durée trente minutes. — *Guérison.*

XVI. — Mme D..., âgée de 52 ans ; début de la maladie, six ans. Circonférence abdominale, 65 centimètres. Malade très affaiblie et très vieillie. — *Opération* (6 avril 1888). Kyste du ligament large, paraovarien, légèrement inclus. Décortication simple. Quatre litres de liquide. Ovaire droit sain. Durée une demi-heure. — *Guérison* (morte quarante-cinq jours après l'opération d'un étranglement herniaire opéré tardivement).

XVII. — Mme S..., 48 ans ; début, dix mois. Développement rapide. Péritonite légère et pleurésie gauche. Circonférence abdominale, 120 centimètres. Très affaiblie. *Opération* (8 avril 1888). — Kyste gélatineux, multiloculaire, en partie rompu, contenant douze litres de liquide. Nombreuses adhérences à l'épiploon, à l'intestin et au bassin. Le péritoine est tomenteux, enflammé et rouge. Ovaire droit sain. Durée une heure un quart. — *Guérison.*

XVIII. — Mme G..., 36 ans ; début, un an. Développement rapide. Douleurs violentes. Affaiblissement considérable. Circonférence abdominale, 93 centimètres. — *Opération* (14 avril 1888). Kyste pauciloculaire contenant neuf litres de liquide avec adhérences résistantes à la paroi abdominale et à l'épiploon. Ovaire gauche sain. Durée une heure un quart. — *Guérison.*

XIX. — Mlle M..., 13 ans ; début un an. Développement rapide. Pleurésie. Amaigrissement considérable. Circonférence abdominale, 110 centimètres. — *Opération* (17 avril 1888). — Kyste multiloculaire composé d'un grand nombre de petites cavités remplies d'un liquide gélatineux et pesant 17 livres. Adhérences très intimes avec l'épiploon très hypertrophié et très vasculaire. Ovaire droit sain. Durée trente-cinq minutes. — *Guérison.*

XX. — Mme M..., 26 ans ; début, un an, sans accidents. Circonférence abdominale, 75 centimètres. — *Opération* (24 avril 1888). Kyste dermoïde avec grande quantité de cheveux. Durée, vingt minutes. Ovaire droit sain. — *Guérison.*

XXI. — Mme L..., 58 ans. Début très ancien, indéterminé. Circonférence abdominale, 108 centimètres. Malade très affaiblie et cerveau altéré. — *Opération* (2 mai 1888). Vieux kyste mortifié. Adhérences totales, surtout à la partie postérieure de l'utérus, qu'il est difficile de détacher; elles donnent beaucoup de sang. Pédicule déchiré, sans ligature possible. Drainage du péritoine. Durée, une heure trois quarts. — *Mort* le 18e jour ; affaiblissement, ramollissement cérébral, etc.

XXII. — Mme G..., 45 ans. Début, 1 an. Marche rapide. Très amaigrie. Circonférence abdominale, 155 centimètres. Elle s'est surtout affaiblie par la présence de fibromes utérins hémorrhagiques. Cinq jours avant l'opération, une ponction de 12 litres de liquide noir gélatineux. — *Opération* (7 mai 1888). Kyste multiloculaire, pesant 18 livres, avec 12 litres de liquide. Adhérences nombreuses et saignantes à l'épiploon et à la paroi abdominale. Durée, une heure et demie. Ovaire gauche sain. — *Guérison*.

XXIII. — Mme A..., 34 ans. Début, 5 ans. Douleurs vives dans l'abdomen et amaigrissement. Circonférence abdominale, 75 centimètres. — *Opération* (8 mai 1888). Tumeur fibro-kystique pédiculée, venant de l'ovaire ou de l'utérus (?). Durée de l'opération, vingt-cinq minutes. — *Guérison.*

XXIV. — Mme D..., 34 ans. Début, 3 ans. Circonférence abdominale, 85 centimètres. Douleurs très vives et grand amaigrissement. — *Opération* (12 mai 1888). Kyste multiloculaire contenant 8 litres de liquide et pesant 4 kilogrammes. Pédicule très volumineux nécessitant quatre ligatures. Ovaire gauche sain. — *Guérison.*

XXV. — Mme P..., 44 ans. Début, 5 ans. Douleurs vives et gêne de l'intestin. Circonférence abdominale, 90 centimètres. — *Opération* (12 mai 1888). Fibro-kyste pédiculé avec adhérences épiploïques. Durée, vingt minutes. — *Guérison.*

XXVI. — Mme P..., 55 ans. Début, quelques mois. Développement très rapide avec fibrome hémorrhagique datant de huit ans. Très amaigrie. Circonférence abdominale, 104 centimètres. — *Opération* (24 mai 1888). Kyste gélatineux rompu dans le péritoine, avec adhérences nombreuses, et surtout tellement adhérent à un gros myome utérin qu'on est obligé d'enlever celui-ci en laissant un pédicule extra-péritonéal. Il s'agit donc ici d'une ovario-hystérectomie. Durée, deux heures. — *Guérison.*

XXVII. — Mme N..., 43 ans. Début, 4 ans. Elle subit une ponction deux mois avant, laquelle donne 10 litres de liquide citrin. Très amaigrie. Circonférence abdominale, 107 centimètres. — *Opération* (29 mai 1888). Kyste multiloculaire à parois épaisses. Gros pédicule. Nombreuses adhérences épiploïques et intestinales. Durée, quarante minutes. Ovaire droit sain. — *Guérison.*

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 46.11.88. *Le Gérant :* G. MASSON.

XXVIII. — Mme L..., 37 ans. Début, 4 mois. Une ponction donne 10 litres de liquide citrin qui est ascitique. Amaigrissement. Développement rapide. Soupçon de tumeur maligne. Circonférence abdominale, 97 centimètres. — *Opération* (9 juin 1888). Cysto-sarcome volumineux, accompagné d'ascite avec adhérences et propagation à l'épiploon. Une partie de celui-ci est réséqué. L'ovaire droit, également malade, est enlevé. Durée, quarante-cinq minutes. — *Guérison.*

XXIX. — Mme B..., 38 ans. Début apparent, 6 mois. Amaigrissement et ascite. Circonférence abdominale, 85 centimètres. Très amaigrie. — *Opération* (17 juin 1888). Kyste multiloculaire gélatineux avec gros pédicule. Peu d'adhérences. Durée, trente minutes. Ovaire gauche sain. — *Guérison.*

XXX. — Mme L..., 58 ans. Début, 7 ans. Trois ponctions de 12, 15 et 20 litres. Grand amaigrissement. Circonférence abdominale, 135 centimètres. — *Opération* (21 juin 1888). Kyste pauciloculaire énorme contenant 24 litres, avec petits kystes secondaires sur la paroi interne. Adhérences totales à la paroi abdominale, au diaphragme et à l'épiploon, très saignantes. Ovaire gauche sain. Durée, quarante-cinq minutes. — *Guérison.*

XXXI. — Mlle L..., 30 ans. Début, 2 ans. Ponction, 3 litres de liquide noirâtre. Circonférence abdominale, 110 centimètres. — *Opération* (23 juin 1888). Kyste multiloculaire gélatineux contenant 8 litres de liquide. Pédicule très gros. Durée, vingt-cinq minutes. Ovaire droit sain. — *Guérison.*

XXXII. — Mme D..., 63 ans. Début, plus de 6 mois ; elle a beaucoup maigri, à cause des phénomènes intestinaux, qui paraissent dus à la compression. Circonférence abdominale, 96 centimètres. — *Opération* (26 juin 1888). Kyste uniloculaire, à parois très épaisses, contenant 6 litres de liquide verdâtre. Peu d'adhérences. Ovaire droit sain. Durée, vingt minutes. — *Guérison.*

XXXIII. — Mme M..., 44 ans. Début, 1 an. Douleurs et symptômes de péritonite. Très affaiblie. Circonférence abdominale, 116 centimètres. — *Opération* (28 juin 1888). Kyste pauciloculaire pesant 3 kilogrammes et contenant 10 litres de liquide. Adhérences épiploïques nécessitant une résection de l'épiploon. Adhérences très nombreuses et très saignantes à la paroi abdominale, avec de nombreuses ligatures. Ovaire droit kystique enlevé. Durée, cinquante-cinq minutes. — *Guérison.*

XXXIV. — Mme C..., 48 ans. Début, 2 ans. Circonférence abdominale, 98 centimètres. Très amaigrie. *Opération* (28 juin 1888). Kyste très multiloculaire, pesant 5 kilogrammes. Adhérences épiploïques légères. Ovaire gauche sain. Durée, trente-cinq minutes. — *Guérison.*

XXXV. — Mme G..., 40 ans. Début, 6 mois. Péritonite datant de vingt jours. Très affaiblie. Circonférence abdominale, 83 centimètres. — *Opération* (30 juin 1888). Kyste multiloculaire gélatineux, 5 litres de liquide brun et pesant 2,500 grammes. Adhérences à l'épiploon et aux intestins. Pédicule tordu. Ovaire gauche kystique enlevé. Durée, quarante minutes. — *Guérison.*

Communication.

Quatre cas de fibrome tubéreux du nez, dont trois traités par la décortication.

Par M. Le Dentu.

Je me sers du terme *fibrome tubéreux* pour désigner cette difformité acquise du nez qui consiste dans le développement de masses dures ou mollasses, le plus souvent lobulées, susceptibles d'atteindre à d'énormes dimensions. Cette affection est la même que Civadier [1] a décrite jadis sous le nom de *tumeurs carcinomateuses*, qui est généralement connue sous la dénomination *d'acné hypertrophique* ou d'*hypertrophie éléphantiasique*, et que Hébra fils [2] a, dans un travail récent, appelée *rhinophyma.*

Aucune de ces dénominations n'est pleinement satisfaisante. Civadier a pris le mot *tumeurs carcinomateuses* dans le sens de tumeurs charnues, cela va de soi ; mais aujourd'hui ce terme aurait une tout autre signification. Comme l'affection ne consiste pas dans un véritable éléphantiasis, lequel est caractérisé surtout par la formation de lacunes lymphatiques multiples, et que les hypertrophies glandulaires n'en constituent pas l'unique lésion, les dénominations d'*hypertrophie éléphantiasique* et d'*acné hypertrophique* ne sont pas exactes au point de vue anatomo-pathologique. Enfin le terme *rhinophyma*, qui veut dire rigoureusement *tubercules du nez*, prête à la confusion. Celui que je propose est-il meilleur ? Pas beaucoup, je dois le reconnaître, si l'on veut que la désignation d'une maladie en rappelle tous les principaux caractères ; du moins, il en rappelle le principal.

L'hypertrophie du tissu fibreux est le fait dominant, quoiqu'elle ne soit peut être que secondaire par rapport à celle des glandes sébacées ; elle est le fait dominant par la proportion des éléments fibreux contenus dans ces tumeurs, mais ce qui caractérise en

[1] Civadier, *Mém. de l'Acad. de chir.*, édition de 1819, t. III, p. 456.
[2] H. von Hebra, *Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1881.

réalité ces dernières, c'est l'association des hypertrophies glandulaires et fibreuses, avec un développement considérable par places des vaisseaux sanguins. Aussi, au lieu de dire simplement *fibrome tubéreux*, on pourrait dire *adéno-fibrome tubéreux*, lorsque l'hypertrophie des glandes sébacées a acquis une importance aussi grande que celle du tissu fibreux, et *angio-fibrome*, lorsque la multiplication des vaisseaux sanguins imprime à la trame des tumeurs un caractère spécial.

I. — La plus ancienne de mes opérations date de 1873. Je l'ai faite sur une négresse qui portait au bout du nez une tumeur unique très pédiculée, laquelle cachait la lèvre supérieure et pendait au-devant de la bouche. Une section avec un petit serre-nœud la débarrassa. Il n'y eut pas à faire, dans ce cas, de décortication, le reste du nez étant intact. Toute la lèvre supérieure, protégée contre le soleil par la tumeur, était presque blanche. Le pigment s'y reproduisit peu à peu après la guérison.

II. — Mon second cas date de 1881. Le sujet était un homme d'une trentaine d'années, dont voici la photographie avant et après l'intervention. Celui-là, je l'opérai par la décortication. La guérison eut lieu sans incident.

III. — Ma troisième opération date de 1885. Le sujet était âgé de près de 75 ans. Il supporta sans peine la décortication nasale et guérit rapidement malgré son âge.

IV. — Enfin le malade que je présente aujourd'hui a été opéré en août de cette année. C'est un homme de 46 ans, à qui j'ai pratiqué, il y a dix-huit mois, une large résection du sternum (9 cent. en hauteur) avec plusieurs centimètres des deuxièmes, troisièmes et quatrièmes côtes, pour un abcès tuberculeux du médiastin antérieur. Son observation se trouve dans la thèse de doctorat de Roulliès sur la *Résection du sternum* (Paris, 1888). Sa guérison a eu lieu dans les conditions normales ; aujourd'hui il a un nez droit et fin d'une parfaite correction.

Civadier et Theulot, qui l'avait précédé de quelques années, ont fait la décortication du nez en plusieurs temps. Les chirurgiens de notre époque opèrent en une seule fois. L'exemple leur a été donné récemment par M. Ollier qui déjà, en 1873, époque d'un Congrès pour l'avancement des sciences tenu à Lyon, nous montrait des photographies d'individus ayant subi la décortication du nez. En 1881, paraissait le travail de Hébra fils, cité plus haut. L'auteur viennois, peu au courant des travaux français, attribue à son père les premières décortications. Il a bien connaissance d'un cas de Sennert, et d'un autre de Sanson rapporté par Chausit; mais comme le procédé opératoire était peu ou mal décrit, il ne sait si

ces chirurgiens ont fait une incision cunéiforme avec réunion immédiate, ou une ablation du nez suivie d'autoplastie, ou l'ablation totale des tumeurs.

Hébra fils a traité lui-même deux ou trois malades, le premier par la ligature élastique (procédé qu'il condamne), les autres par la décortication pure et simple. C'est cette méthode qu'Ollier a préconisée et employée, et à laquelle j'ai eu recours trois fois avec succès. Cependant, je dois dire que, chez mon premier opéré, il s'est produit après cinq ou six ans une récidive dans les téguments situés entre l'ancienne cicatrice et la racine du nez et que c'est l'élément vasculaire qui s'était le plus développé dans les hypertrophies nouvelles. Les tissus offraient une mollesse et une coloration bleuâtre qu'ils n'avaient pas avant la première opération. M. E. Besnier a, je crois, traité cette récidive par l'ignipuncture.

Le manuel opératoire de la décortication est fort simple. J'introduis l'index de la main gauche dans l'une des narines de manière à tendre les tissus et j'abrase toutes les masses exubérantes, après en avoir circonscrit le contour avec un bistouri. Pour cette abrasion, je me sers soit du bistouri, soit de ciseaux courbes, et j'ai soin de bien niveler les tissus, en approchant le plus possible des cartilages, sans les entamer. J'en fais autant de l'autre côté du nez. Sur le moment, l'hémorrhagie est assez forte, mais on s'en rend maître sans trop de peine avec les pinces hémostatiques, le ténaculum ou la pointe du thermocautère appliquée légèrement sur les vaisseaux qui donnent. Pour pouvoir ensuite placer un pansement compressif sur le nez, il faut bourrer mollement les narines avec de la gaze iodoformée. Je fais ensuite un pansement à l'iodoforme avec occlusion complète de la face, sauf deux trous pour les yeux. On évite ainsi l'érysipèle à coup sûr.

Le premier pansement doit être laissé en place au moins quatre jours, si un abondant suintement sanguin n'oblige pas à le changer plus tôt. Il ne faut enlever les morceaux de gaze adhérents à la plaie que s'ils se détachent presque d'eux-mêmes. A partir du dixième jour commence un bourgeonnement si actif de la plaie que bientôt on est obligé de la cautériser vigoureusement au nitrate d'argent tous les jours ou à peu près. A cette condition, on obtient une cicatrice bien régulière et bien plate.

Dans les formes très pédiculées, le serre-nœud peut être bon à employer. Quand les hypertrophies sont très étalées et peu saillantes, l'ignipuncture peut les combattre victorieusement. Ce mode de traitement convient aussi très bien aux formes vasculaires primitives ou secondaires.

Discussion.

M. Kirmisson. — Dans un cas semblable que je vous communiquerai dans la prochaine séance, je me suis servi avec avantage du thermo-cautère. Avec le bistouri, l'écoulement sanguin est considérable et gêne beaucoup la dissection.

M. Th. Anger. J'ai opéré, au mois d'août dernier, un gendarme porteur de la même lésion. Le nez avait des proportions vraiment énormes; il était plus gros que le poing et descendait sur les lèvres, au point de gêner l'alimentation. L'opération a été des plus simples ; je me suis contenté d'enlever toute la partie hypertrophiée en rasant les cartilages du nez ; en certains points même, pour respecter ceux-ci, j'ai laissé en place une portion du tissu malade, les glandes sébacées paraissant pénétrer dans l'épaisseur du cartilage. Je n'ai point fait d'autoplastie, je me suis contenté de rapprocher les bords de la plaie. Le résultat a été excellent; mon opéré a aujourd'hui un nez fort présentable. J'ajoute qu'à la périphérie de la partie enlevée il reste un peu d'acné qui ne s'est pas amélioré depuis l'opération, contrairement à ce qui a été observé par M. Le Dentu.

M. Verneuil. Je n'ai jamais eu occasion de pratiquer l'opération dont nos collègues viennent de parler. Par contre, j'ai enlevé nombre d'épithéliomas sudoripares du nez. Je ne me suis jamais servi, pour cela, de bistouri, mais autrefois du petit couteau galvanique, et actuellement du thermocautère, qui le remplace très avantageusement. Grâce à ce moyen de diérèse, je n'ai jamais été gêné par l'écoulement sanguin. J'ajoute que, s'il reste des points suspects, je les touche, la section achevée, avec la pointe du thermocautère, autre avantage de l'emploi de cet agent.

M. Le Dentu. Les opérations sur la face sont toujours très sanglantes ; elles peuvent cependant, sans danger et sans difficulté, être faites au bistouri. J'ajoute que, dans l'espèce, comme il y a avantage à raser de près les cartilages du nez, je craindrais, en me servant du thermocautère, de compromettre la vitalité de ces derniers.

M. Routier. J'ai eu récemment à opérer un épithélioma sudoripare du nez. Je me suis, pour cela, servi sans inconvénient de l'instrument tranchant. Deux coups de bistouri pour cerner la lésion, deux crins de Florence pour rapprocher les parties et arrêter le sang, et tout a été dit.

Présentation de malades.

1° *Ostéomyélite du péroné. Ablation de toute la diaphyse de cet os. Guérison.*

M. Polaillon présente un garçon de 16 ans, qui eut, sans cause connue, une ostéomyélite du péroné gauche. Il se forma des abcès et des ouvertures fistuleuses sur le trajet de cet os. La maladie durait depuis un an, lorsque ce garçon entra à la Pitié, le 27 mars dernier. Le 3 avril, M. Polaillon pratiqua l'ablation sous-périostée de toute la diaphyse du péroné. Il met sous les yeux de a Société l'os enlevé. — La jambe du petit opéré fut immobilisée dans un appareil plâtré qui resta en place trois mois. La plaie opératoire se cicatrisa en deux mois. — Actuellement on peut voir que le péroné s'est en grande partie reformé. Ce jeune garçon, qui est employé chez un marchand de vin, marche et se tient debout depuis le matin jusqu'au soir, sans éprouver de fatigue spéciale dans le membre opéré. On remarque seulement que le pied gauche se dévie légèrement en dedans et que la chaussure s'use très rapidement sur son bord externe.

2° *Plaques de gangrène dans les régions des nerfs radial et axillaire à la suite d'un panaris de la phalangette du pouce.*

M. Routier présente une jeune fille de 19 ans, M. A..., toujours bien portante, sans manifestations nerveuses ou hystériques. Au mois de juillet 1888, léger panaris de la pulpe du pouce gauche. Ce panaris est incisé et pansé à l'eau phéniquée à 2,5 0/0. Trois semaines après, apparition d'une plaque de gangrène sur la face dorsale du pouce, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Puis, successivement, nouvelles plaques sur la face dorsale de la main, côté radial; sur le poignet; sur la peau de l'avant-bras, du bras et du moignon de l'épaule. Ces éruptions de plaques gangréneuses surviennent après quelques douleurs assez vives; ces plaques, dont les dimensions varient entre celles de la tête d'un crayon et celles d'une pièce de 50 centimes, sont blanches, sèches; puis, l'élimination se fait, et on constate avec plaisir que la demi-épaisseur du derme seule est atteinte.

Nous avons employé les antiseptiques sous toutes les formes : bains, pulvérisations, enveloppements; ce qui a paru faire le mieux, c'est l'eau oxygénée; mais de nouvelles plaques apparaissent, que faire ?

Présentation d'instrument.

M. Richelot présente, au nom de M. Chassagny (de Lyon), l'appareil auquel ce dernier a donné le nom de *défenseur du périnée*, appareil destiné à préserver le périnée de toute déchirure dans l'accouchement.

La séance est levée à 5 heures 35 minutes.

Le Secrétaire,
Ch. Monod.

Séance du 31 octobre 1888.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° M. Desprès demande un congé pendant la session du conseil municipal ;

3° M. Prengrueber demande un congé de trois semaines pour raison de santé ;

4° *Note sur les propriétés résolutives de l'eau chaude appliquées au traitement des fractures péri-articulaires*, par le Dr Darde, médecin-major. (Commissaire : M. Chauvel.)

5° Des lettres de candidatures de MM. Brun, Jalaguier, Delorme, à la place de membre titulaire vacante.

A propos du procès-verbal.

1° *Éléphantiasis* (*acné hypertrophique*) *du nez.*

M. Kirmisson, à propos de l'observation présentée dans la dernière séance par M. Le Dentu, communique le fait suivant :

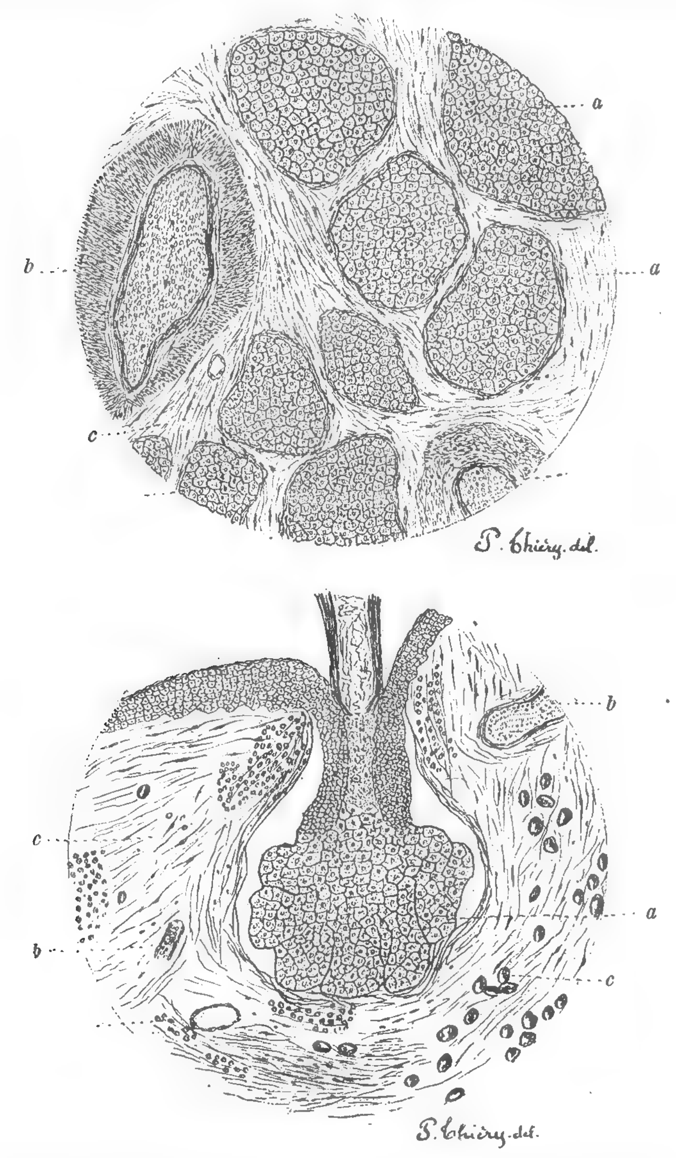
Le nommé X..., âgé de 63 ans, ne présente dans ses antécédents, soit personnels, soit héréditaires, rien qui mérite d'être noté. Il nie toute habitude alcoolique ; on constate pourtant chez lui un léger tremblement des doigts. Il y a dix ans, il présenta, sans cause appréciable, sur le nez, le front et la partie interne des joues, une rougeur intense, qui disparut en partie au bout de cinq à six mois. Elle persista sur la moitié inférieure du nez, surtout du côté gauche. Il y a dix-huit mois, le malade vit survenir, sur cette même partie inférieure du nez, et surtout à gauche, une poussée de petits boutons acnéiques, d'aspect verruqueux, irréguliers, saignant facilement par le grattage, et donnant lieu à une légère démangeaison.

L'un de ces boutons a augmenté peu à peu de volume, et est arrivé à former une tumeur de la grosseur d'une fraise, implantée sur les deux tiers antérieurs de l'aile gauche du nez. Elle est légèrement pédiculée, et recourbée en dedans en corne de bélier. Sa consistance est molle, quasi-œdémateuse; elle garde l'empreinte du doigt lorsqu'on la comprime. Elle saigne facilement à la suite de la moindre égratignure, et présente une coloration rouge, mais sans varicosités apparentes. Elle n'est le siège d'aucune douleur, soit spontanée, soit à la pression. La sensibilité est obtuse à son niveau. Immédiatement au-dessus du point d'implantation de cette tumeur, et séparée d'elle par un sillon très net, se trouve une autre petite production verruqueuse, à surface irrégulière, rosée, du volume de la moitié d'une noisette. Sur le tiers postérieur de l'aile gauche du nez, séparée aussi de la tumeur principale par un sillon un peu plus accusé, se trouve une troisième tumeur, de volume un peu moindre que la seconde. L'aile droite du nez est légèrement tuméfiée, rouge. On y remarque deux petites éminences du volume d'une lentille. Sur la partie interne des joues, sur l'espace intersourcilier, on aperçoit de nombreux boutons d'acné avec rougeur de la peau.

Le 13 août 1888, M. Kirmisson pratique la décortication de l'aile gauche du nez par le procédé d'Ollier. Une première incision est faite avec le bistouri; mais l'écoulement sanguin est considérable et gêne la dissection. Aussi celle-ci est-elle continuée avec le thermocautère; la tumeur est enlevée en totalité, et le cartilage de l'aile du nez est mis à nu. Le pansement est fait avec la pommade borique; et un tampon est introduit dans la narine pour maintenir à l'aile du nez sa forme normale.

Cette opération nous a permis de vérifier toutes les particularités qui ont été déjà notées par M. Ollier, savoir : 1° l'abondance de l'hémor-

rhagie qui a conduit ce chirurgien à donner la préférence au fer rouge sur le bistouri dans la pratique de la décortication; 2° l'influence bien-



a, culs-de-sac glandulaires hypertrophiés; *b*, coupe des vaisseaux dont la paroi est considérablement épaissie; *c*, tissu fibreux interstitiel.

faisante exercée par l'opération sur l'acné des parties voisines. Chez notre malade, en effet, les boutons d'acné du front et des joues ont pâli et se sont affaissés pendant les jours qui ont suivi la décortica-

tion. Enfin, chez lui, comme chez les malades de M. Ollier, cette large perte de substance s'est comblée rapidement, sans autoplastie, et, lorsque le malade a quitté l'hôpital, le 20 septembre, la cicatrisation était presque complète et le nez était assez régulièrement conformé.

La pathogénie de cette affection est encore discutée, les uns y voyant un acné hypertrophique, les autres une couperose avec développement considérable de l'élément vasculaire. Pour contribuer à élucider la question, nous avons prié M. de Gennes, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale de Necker, de pratiquer l'examen histologique de la pièce enlevée.

Voici la note qu'il nous a remise : « La pièce se compose de deux parties assez distinctes : l'une, comprenant le lobule du nez déjà profondément altéré; l'autre, la tumeur proprement dite. Ces deux portions sont réunies par un tissu présentant en quelque sorte un état intermédiaire. Sur une coupe d'ensemble, il est facile de voir que le lobule du nez déjà altéré est composé des éléments normaux de la peau, mais contenant des glandes sébacées nombreuses et très volumineuses, entourées d'un tissu conjonctif épais, presque toujours fibreux. Cette même portion contient des vaisseaux dilatés, et compris dans des anneaux fibreux. La portion intermédiaire contient surtout du tissu fibreux, des vaisseaux et quelques glandes sébacées moins volumineuses que les précédentes, et en partie étouffées par le tissu conjonctif. La tumeur proprement dite est une sorte de fibrome, où on trouve bien encore des vaisseaux, mais pas de glandes sébacées. Il nous semble dès lors facile d'expliquer la genèse de cette tumeur : une lésion irritative a d'abord pris naissance au niveau du lobule du nez; les glandes sébacées ont été le point de départ de cette irritation ; elles se sont hypertrophiées, et le tissu conjonctif a proliféré à leur pourtour; les vaisseaux ont subi une irritation parallèle. A un degré beaucoup plus avancé, les glandes ont disparu, étouffées par la prolifération conjonctive; les vaisseaux ont résisté. La portion intermédiaire avec ses glandes sébacées en partie étouffées, et son tissu conjonctif abondant, semble là pour témoigner de la réalité du processus que nous venons d'indiquer. »

Afin de rendre plus facile à comprendre la description histologique précédente, nous y joignons le dessin des lésions que nous devons à M. Thiéry, interne du service.

M. Delens. L'opération pratiquée par M. Le Dentu chez son malade, consistant dans l'abrasion des téguments, lui a donné un très bon résultat et me paraît convenir aux cas, d'ailleurs les plus nombreux, où l'hypertrophie est diffuse et mal limitée. Mais il arrive quelquefois que l'on se trouve en présence d'une véritable tumeur plus ou moins pédiculée. L'ablation simple avec le bistouri s'impose alors. J'ajouterai que la réunion primitive des lèvres de la plaie peut très bien être obtenue, malgré la transformation commençante des téguments au voisinage de la tumeur.

C'est, du moins, ce que j'ai vu dans l'observation suivante que je rapporte surtout à cause de la singularité de la difformité.

M..., âgé de 70 ans, porte une hypertrophie acnéique du lobule du nez formant une tumeur d'environ 5 centimètres dans son diamètre vertical, ayant la forme d'une poire un peu aplatie d'avant en arrière et retombant jusqu'au niveau du menton. Cette tumeur gène le malade pour boire et pour manger; elle le gène en outre pendant le sommeil en retombant au-devant de la bouche. De plus, elle donne à la physionomie un aspect tellement grotesque qu'il n'ose plus sortir.

Le début date de dix ans. L'étiologie ne présente rien de net. Il paraît à une certaine époque y avoir eu des habitudes d'alcoolisme (le patient a été marchand de bestiaux). Les ailes du nez sont épaissies, bourgeonnantes, surtout celle du côté droit, d'une coloration rouge un peu violacée, avec hypertrophie des glandes sébacées. Elles sont d'ailleurs distinctes de la tumeur principale développée aux dépens du lobule. La sous-cloison n'est pas envahie. La peau qui recouvre la masse principale est lisse, luisante, plutôt rosée que violacée. En plusieurs points, elle présente des dépressions rappelant les lacunes de l'amygdale et dues à la distension des orifices des glandes sébacées transformées en petits kystes. La consistance générale est dure et œdémateuse.

Le 11 juin 1875, je procédai à l'ablation de la tumeur, sans chloroforme et à l'aide du bistouri. Une incision à convexité médiane et inférieure circonscrivit la tumeur en avant, au niveau du pédicule; en arrière, l'incision fut pratiquée transversalement. L'incision fut peu douloureuse et donna peu de sang. A l'aide de ciseaux courbes, je dus faire l'ablation ou plutôt l'abrasion de petits kystes sébacés dont la face profonde de la peau conservée était comme farcie. Les lèvres de l'incision furent réunies par sept à huit points de suture de fils d'argent. Le pansement consista en compresses trempées dans l'eau froide et fréquemment renouvelées. La réunion se fit par première intention presque partout et les derniers fils furent retirés du 17 au 20 juin.

Lorsque, le 29 juin, je cessai de voir le malade, on apercevait à peine quelques traces de l'incision ; l'aile gauche du nez était presque revenue à l'état normal; l'aile droite restait encore bourgeonnante, mais l'opéré se déclarait très satisfait.

La tumeur enlevée était constituée par une multitude de petits kystes formés aux dépens des glandes sébacées et disséminés au milieu du tissu fibreux épaissi du derme.

M. Terrillon. J'ai, en 1873, observé un fait semblable dans le service de M. Alphonse Guérin. L'hypertrophie dans ce cas était énorme ; le nez dépassait le volume du poing et formait une tumeur qui descendait au-dessous du menton. L'ablation fut faite au fer rouge ; l'écoulement sanguin n'en fut pas moins assez abondant. J'ajoute que sur la pièce on put constater, comme mes collègues

l'ont très bien dit, que la lésion consistait en une hypertrophie des glandes et des tissus voisins. Il s'agissait, en somme, d'éléphantiasis mêlé d'acné. Je puis dire enfin que l'on fut frappé de la façon dont le nez, malgré l'énorme plaie produite, reprit sa forme. Le malade, revu après guérison, présentait un nez fort honorable.

M. Marc Sée. J'ai eu à plusieurs reprises, quatre ou cinq fois je crois, occasion d'opérer des malades atteints de cette hypertrophie des glandes sébacées du nez. Je me suis toujours, en pareil cas, servi du thermocautère. L'ablation de la partie malade étant faite, et le nez revenu à forme à peu près humaine, j'enfonce la pointe du cautère dans toutes les ouvertures qui, sur la surface de section, paraissent correspondre à des glandes sébacées hypertrophiées. Grâce à cette sorte de cautérisation ponctuée, les tissus reviennent sur eux-mêmes, et le nez qui, après l'opération, paraissait encore assez volumineux, revient peu à peu à des dimensions normales.

M. L.-Championnière. Il n'est que juste de rappeler que tout ce qui a été dit ici, au sujet de l'éléphantiasis du nez et de son traitement, a été dit il y a bien des années par M. Ollier. Il a bien vu la nature du mal. Et quant à son traitement, il a expressément enseigné qu'il fallait tout d'abord enlever par section tout ce qui est enlevable, puis agir, par cautérisation interstitielle, sur les parties hypertrophiées restantes. Nous avons, d'ailleurs, tous pratiqué cette opération, et, tous, en nous conformant aux préceptes indiqués par M. Ollier. Pour ma part, je l'ai faite trois fois ; il ne m'a pas paru que le fait méritât une mention spéciale. Les résultats que l'on obtient sont excellents ; il est bien remarquable, comme on l'a dit, que ceux-ci s'améliorent avec le temps ; un nez qui, immédiatement après l'opération, paraît encore difforme, revient de lui-même, après quelques semaines, à des dimensions raisonnables.

M. Kirmisson. Personne n'a eu l'idée, ici, de s'approprier ce qui, dans cette question, appartient à M. Ollier. Il était intéressant, et c'est ce que nous avons fait, de citer des observations venant à l'appui de la manière de voir et de faire de notre collègue de Lyon.

Je ferai observer à M. Delens que le cas dont il nous a parlé n'est pas du même ordre que ceux que M. Le Dentu et moi-même avons eus en vue. La tumeur qu'il a observée était pédiculisée; c'est une forme qui diffère notablement de l'hypertrophie totale qui existait chez nos malades.

M. Le Dentu. J'ai, dans ma courte communication de l'autre

jour, cité le travail de M. Ollier. La priorité, dans l'espèce, n'appartient du reste pas plus à M. Ollier qu'à nous, puisque, comme je l'ai dit aussi, la première opération de ce genre a été pratiquée en 1732 par Civadier.

2° Ostéomyélite et nécrose totale du péroné.

M. Kirmisson. Le cas suivant a trait à cette forme particulière d'ostéomyélite à laquelle M. Trélat a donné le nom d'insidieuse, et sur laquelle il a suscité le travail de M. Demoulin, son interne. Comme chez le malade de M. Polaillon, l'ostéomylite a rendu nécessaire l'ablation de la plus grande partie de la diaphyse osseuse.

Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans qui, à la fin de mai dernier, ressentit, au niveau de la cheville gauche, des douleurs peu vives, rendant cependant la marche impossible. Il garda le lit pendant quelques jours ; un médecin appelé pratiqua, au niveau de la cheville, une incision qui donna écoulement à un verre et demi de pus. En même temps que la douleur à la cheville, le malade avait une sorte de panaris presque indolent au pouce gauche. A la suite de l'incision, il y eut de la fièvre pendant cinq à six jours ; puis, les phénomènes généraux cessèrent, mais le malade était toujours dans l'impossibilité de marcher. Un mois après, il entra à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon, qui, le 15 juillet, pratiqua le grattage de la fistule péronière et de la phalangette du pouce.

La guérison du foyer de suppuration du pouce se produisit assez rapidement ; mais, du côté de la jambe, la plaie ne se ferma pas ; il se forma, au-dessus de la fistule, deux nouveaux abcès le long de la diaphyse péronière. Quand je pris le service de M. Guyon, le 15 août, le malade me fut présenté par ses internes comme atteint de tuberculose osseuse ; toutefois on ne trouvait chez lui aucun signe de tuberculose pulmonaire ; aussi résolus-je de tenter une nouvelle intervention. Le 13 septembre, après avoir appliqué à la partie inférieure de la cuisse un tube d'Esmarch, je fis, au côté externe du membre, une incision longitudinale réunissant entre eux les divers trajets fistuleux et répondant à la plus grande partie de la diaphyse péronière. Je tombai immédiatement sur un séquestre blanchâtre, de 30 centimètres de longueur environ, représentant toute la diaphyse du péroné. Il fut mobilisé et extrait sans difficulté ; déjà il existait une reproduction osseuse sous forme d'une gouttière au fond de laquelle le séquestre était caché.

La plaie laissée ouverte fut tamponnée avec de la gaze iodoformée. Les suites furent des plus simples, la gouttière osseuse se combla par rapprochement de ses bords, et reproduisit un péroné solide et résistant.

3° Gangrène cutanée d'origine nerveuse.

M. Monod. M. Routier nous a, dans la dernière séance, présenté

une malade présentant au membre supérieur des ulcérations multiples sur la nature desquelles il nous a demandé notre avis.

Ce fait m'a remis en mémoire une observation publiée dans la thèse de M. Leloir [1]. Les lésions, dans ce cas, si l'on s'en rapporte à la représentation qu'en donne M. Leloir dans une planche annexée à son travail et que je mets sous vos yeux, ressemblent singulièrement à celles que nous avons pu voir chez la malade de M. Routier. Pour M. Leloir elles doivent être mises au compte d'un névrite périphérique. Je ne reproduirai pas les arguments apportés à l'appui de cette hypothèse et renverrai pour cela au remarquable travail de M. Leloir. Je me contente de dire que la même interprétation pourrait être appliquée aux troubles singuliers que présente le malade de M. Routier.

M. Routier. Depuis notre dernière séance, de nouvelles plaques de sphacèle ont apparu chez ma malade, sur la poitrine, sur les deux jambes, sans aucun rapport systématique avec des branches nerveuses.

Suite de la discussion sur le traitement du cancer de l'utérus.

M. Terrier. A propos de la discussion des propositions de M. le professeur Verneuil, je crois devoir vous communiquer les résultats de ma pratique de l'hystérectomie vaginale dans les cas de cancer de l'utérus; ces résultats ont été consignés en grande partie dans les comptes rendus du troisième congrès de chirurgie et dans les numéros de mai et juin 1888 de la *Revue de Chirurgie.*

A cette date, j'avais fait 17 hystérectomies pour cancer utérin, vérifié par l'examen microscopique ; depuis, j'ai pratiqué 4 nouvelles opérations, soit en tout 21 opérations.

Jugeons de suite la mortalité opératoire si vivement incriminée par les partisans des interventions restreintes au col ou même supra-vaginales.

Ces 21 opérations ont donné 4 morts : 1 par hémorrhagie (obs. 2), 1 par choc opératoire et hémorrhagie (obs. 7), 1 par choc (obs. 8), et enfin une par péritonite (obs. 15). En résumé, nous avons une mortalité de 19,04 0/0. Je m'empresse de faire remarquer que cette mortalité n'est pas celle de l'hystérectomie vaginale [2], mais bien

[1] Leloir (H.), Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse (*Thèse de Paris*, 1882, obs. XXX, p. 117, pl. IV).

[2] J'ai fait 23 hystérectomies vaginales (21 pour cancer, 1 pour métrite, 1 pour fibrome) et j'ai toujours mes 4 insuccès ce qui donne une mortalité de 17.82 0/0.

celle de l'hystérectomie vaginale pratiquée pour cancer utérin. Il est évident que cette mortalité est sérieuse, et qu'on ne peut, avec M. Pozzi, considérer l'hystérectomie vaginale comme bénigne [1]; toutefois, on peut dire avec notre collègue M. Bouilly que cette mortalité tend à diminuer chaque année, car mes trois premiers insuccès datent de 1885 et 1886 et portent sur dix opérations, alors qu'en 1887 et 1888 je n'ai perdu qu'une malade sur onze opérées.

Dans quelles conditions ont été faites toutes ces hystérectomies? C'est là un point à élucider, surtout lorsque la question de comparaison avec d'autres procédés opératoires doit être discutée.

Ces 21 opérations ont été faites :

1° Douze fois pour des lésions cancéreuses du col seul (constatation anatomo-pathologique et clinique);

2° Trois fois pour des lésions du col et du corps;

3° Une fois pour des lésions du col et des ligaments larges;

4° Deux fois pour des lésions du corps et des ligaments larges;

5° Une fois pour des lésions du col, du corps et du vagin;

6° Enfin deux fois pour des lésions du col, du vagin et des ligaments larges.

En somme, dans douze cas seulement, au lieu de l'hystérectomie vaginale, on eût pu faire l'ablation du col malade, et nous croyons devoir séparer la statistique de ces 12 cas de celle des autres opérations, puisque, pour celles-ci, il ne pouvait être question de l'ablation simple du col.

Remarquons toutefois que le diagnostic de la lésion utérine, coexistant avec la lésion du col, a été fait lors de l'examen de la pièce enlevée et non toujours cliniquement, si bien que 4 fois sur 21 cas, alors que la clinique nous donnait tous les signes d'une lésion portant sur le col, nous avions en même temps des noyaux intra-utérins constatés par l'examen anatomo-pathologique. C'est là un fait qui n'est pas très rare et sur lequel j'ai déjà insisté, dans le mémoire présenté au Congrès de Chirurgie de cette année; en tout cas il plaide en faveur d'une ablation totale, l'ablation partielle restant fatalement incomplète dans ces circonstances.

Les opérations pratiquées pour des lésions portant sur le col et les ligaments larges, sur le corps et les ligaments larges, ou sur le col, le corps ou le vagin, ou bien enfin sur le col, le vagin et les ligaments larges, sont des opérations *incomplètes*, dites encore *palliatives*, qui, en fait, n'ont qu'une valeur des plus médiocres; nous en avons pratiqué 6. Cette statistique doit donc être mise à part, comme d'ailleurs on doit le faire, quand, après ablation du

[1] *Ann. de gynécologie et d'obstétrique*, août et septembre 1888.

col, on s'aperçoit que la lésion n'a été qu'incomplètement enlevée et que l'opération n'a pas atteint le but qu'on se proposait, à savoir : l'extirpation totale du mal.

Résultats des hystérectomies totales pratiquées pour lésions envahissant, outre l'utérus, les ligaments larges ou le vagin (opérations incomplètes).

Ces opérations sont au nombre de 6 (voy. le tableau p. 801).

Comme pour toutes les interventions incomplètes, les résultats que nous avons obtenus pour ces 6 opérations sont des plus médiocres, mais ils eussent été absolument les mêmes si l'on était intervenu partiellement, c'est-à-dire en faisant une ablation plus ou moins complète du col utérin.

De plus, dans un cas au moins (opération 18e), on n'aurait pu obtenir ce que je cherchais surtout : l'arrêt des hémorrhagies. Je n'ai même ici qu'un seul regret à exprimer, c'est de n'avoir pas opéré plus tôt ; malheureusement, c'était la première fois que je me trouvais en présence d'un semblable cancer primitif du corps utérin, cancer qui, d'ailleurs, semblait avoir été méconnu, comme l'indique l'observation que je résume :

Mme Marie C..., femme M..., 24 ans, entre dans mon service le 6 février 1888. Pas d'antécédents héréditaires; réglée à 15 ans ; mariée à 20 ans. Après dix mois de mariage et quatre mois d'interruption des règles, accouchement d'une môle hydatiforme. Les règles reviennent régulièrement pendant huit mois, puis cessent pendant 7 mois, la malade se croyant enceinte ; nouvelle môle hydatide, le 20 janvier 1887, suivie du retour régulier des menstrues pendant deux mois. Bientôt survinrent des retards, puis des pertes continuelles qui durèrent jusqu'en novembre 1887 ; à cette date, Mme M... entre à l'hôpital dans le service du Dr Pozzi, qui, le 24 novembre 1887, fait le curetage utérin. Les pertes continuent, malgré l'intervention et une médication active (digitale, ergotine, etc.) ; elle sort de l'hôpital le 15 décembre 1887. Depuis, pertes continuelles, affaiblissement très accusé, troubles digestifs, vomissements, pâleur et amaigrissement.

13 *février*. Examen au spéculum, après désinfection faite depuis l'entrée de la malade, grâce à des douches vaginales avec le sublimé au millième. Cavité utérine de 8 centimètres de long ; l'organe remonte au-dessus du pubis d'environ 4 centimètres. La cavité paraît remplie de fongosités. On y place une laminaire de moyen diamètre et des tampons d'ouate iodoformée.

14 *février*. Frisson intense. Pertes moindres.

15 *février*. Vomissements. Perte très réduite. On examine au spéculum et retire la laminaire ; aussitôt un véritable jet de sang artériel se montre dans le col utérin, ce jet a des battements très nettement

TABLEAU I. — *Hystérectomies totales pour lésions envahissant, outre l'utérus, les ligaments larges ou le vagin (opérations incomplètes).* (Terrier.)

NUMÉRO.	NOM	AGE.	DÉBUT.	NATURE.	OPÉRATION.	RÉSULTAT	RÉCIDIVE.	SURVIE.	MORT.	REMARQUES.
4	Mme A. D.........	44	6 à 7 mois.	Épithélioma pavimenteux lobulé.	30 mars 1886.	Guérie.	4e mois.	11 mois 1/2	18 mars 1887.	Lésion du col et du ligament large gauche.
10	Mme B. fme J	32	9 mois.	Épithélioma.	28 nov. 1886.	Guérie.	Continuation du mal.	1 mois.	janvier 1887. suicide.	Lésion du col, du vagin et des ligaments larges
12	Mme M...........	57	7 à 8 mois.	Épithélioma.	13 février 1887.	Guérie.	Continuation du mal.	8 mois.	15 octobre 1887.	Lésion du col, de l'isthme et du vagin.
15	Mme P............	46	6 mois.	Épithélioma pavimenteux lobulé.	29 nov. 1887.	Morte de péritonite.	»	»	»	Lésion du col, du vagin et des ligaments larges.
17	Mme D. fme P.....	39	2 ans.	Épithélioma pavimenteux lobulé.	9 nov. 1887.	Guérie.	Continuation du mal.	9 mois.	6 sept. 1888.	Lésion du col et des ligaments larges.
18	Mme C. fme M.....	24	9 mois.	Épithélioma pavimenteux lobulé.	7 mars 1888	Guérie.	Continuation du mal.	2 mois 1/2.	26 mai 1888.	Lésion du corps et du ligament large droit

appréciables. Une éponge préparée iodoformée est placée dans le col déjà dilaté. Frisson violent quelques instants après l'examen.

16 *février*. Perte presque nulle.

17 *février*. Frisson le matin. Epistaxis. Le pansement renouvelé, mêmes accidents d'hémorrhagie, cependant moindres. Nouvelle éponge dans le col et le corps.

20 *février*. Même pansement, avec lavages antiseptiques.

24 *février*. Idem. La cavité utérine est dilatée et le doigt, porté dans son intérieur, sent une tumeur végétante placée sur la partie correspondante à la paroi antérieure de l'organe. On pense à un fibrome putréfié, car l'écoulement sanguin intra-utérin est odorant. Pansement avec l'éponge qui arrête bien le sang.

27 *février*. Exploration de l'utérus, qui paraît plein de végétations. Le ligament large droit paraît épaissi et le siège d'une tumeur. Pansement avec l'éponge iodoformée et des tampons d'ouate iodoformée.

28 et 29 *février*. Vomissements. Pertes peu abondantes.

2 *mars*. Nouveau pansement. L'écoulement utérin est odorant. Le cancer n'est plus douteux.

7 *mars*. Je fais l'hystérectomie vaginale, assisté de mon ami et collègue M. Quénu; l'opération, assez difficile, a duré une heure environ et a déterminé un écoulement de sang assez abondant.

8 et 9 *mars*. Agitation. Délire anémique, pas d'accidents péritoniques. On enlève les pinces au bout de quarante-huit heures.

10, 11 et 12 *mars*. Même état général. Ecoulement de matières intestinales par le vagin. Alimentation avec du lait et du bouillon.

12 *mars*. L'opérée va mieux et est plus calme. Eschare au sacrum très étendue.

17 *mars*. La fistule recto-vaginale est presque fermée. Alimentation médiocre.

21 *mars*. Écoulement purulent par le vagin. Grande faiblesse.

22 *mars*. L'écoulement purulent persiste, nouvelle eschare au grand trochanter. Toux.

23 *mars*. Diarrhée persistant jusqu'au 28, malgré un traitement rationnel.

9 *avril*. La malade, qui va bien mieux, se lève.

Le 12 avril, elle sort de l'hôpital, fort affaiblie encore, avec son eschare sacrée, non éliminée totalement.

La guérison se fait assez vite, lorsque, le 26 mai 1888, Mme M... succombe à des accidents cérébraux.

L'examen minutieux de la pièce anatomique, fait par M. le Dr Poupinel, montre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé, développé en plusieurs points de la muqueuse utérine, et ayant envahi par places toute l'épaisseur du tissu utérin.

Une malade, sur les 6 de cette série, a succombé assez rapidement à des accidents péritonitiques post-opératoires.

Des 5 opérées restantes, toutes sont mortes au bout de : 11 mois

NUMÉRO.	NOM.	AGE.	DÉBUT.	NATURE.	OPÉRATION.	RÉSULTAT.	RÉCIDIVE.	SURVIE.	MORT.	REMARQUES.
2	Mme B. C.........	34	5 à 6 mois.	Carcinome.	8 juillet 1885.	Mort.	»	»	»	Hémorrhagie post-opératoire.
3	Mme C. M. fme R..	35	3 à 4 mois.	Épithélioma pavimenteux.	16 nov. 1885.	Guérie.	Locale 16e mois.	21 mois.	19 août 1887.	Autopsie. Récidive du côté des ligaments larges.
5	Mme G. H. fme M..	40	4 à 5 mois.	Épithélioma pavimenteux lobulé.	28 mai 1886.	Guérie.	»	2 ans 5 m.	»	Se porte très bien le 30 octobre 1888. Pas traces de récidive.
6	Mlle K...........	36	8 mois.	Épithélioma pavimenteux lobulé.	9 juillet 1886.	Guérie.	Locale 4e mois.	13 mois 1/2	27 août 1887.	Autopsie. Récidive du côté des ligaments larges.
7	Mme L............	47	3 mois (?).	Épithélioma.	30 juillet 1886.	Mort.	»	»	»	Hémorrhagie et choc.
11	Mme B. fme A.....	37	6 à 7 mois.	Épithélioma pavimenteux lobulé.	26 janvier 1887.	Guérie.	Locale 3 mois 1/2.	20 mois 1/2	9 octobre 1888.	Morte cachectique. Généralisation pulmonaire.
13	Mme G. M. fme B..	31	12 mois.	Épith. pavim. lobulé.	25 février 1887.	Guérie.	Locale 3e mois.	7 mois 1/2.	26 déc. 1888.	Pas d'autopsie.
14	Mme L. M. R. fme B.	35	3 mois 1/2	Épith. pavim. lobulé.	9 mars 1887.	Guérie.	»	1 an 7 m.	»	Pas traces de récidive le 26 octobre 1888.
16	Mme J. fme C......	33	7 mois.	Carcinome épithélial.	19 nov. 1887.	Guérie.	Locale 1 mois 1/2.	3 mois 1/2.	Mars 1888.	Pas d'autopsie.
19	Mme C. fme D.....	30	6 mois.	Épith. pavim. lobulé.	21 mai 1888.	Guérie.	»	5 mois.	»	Pas traces de récidive le 28 octobre 1888.
20	Mme A. fme Lap....	37	2 ans (?).	Épith. pavim. lobulé.	22 juin 1888.	Guérie.	»	4 mois.	»	Souffre un peu en urinant. Récidive probable.
21	Mme P. N. fme D...	34	6 mois.	Épith. pavim. lobulé. très superficiel.	7 juillet 1888.	Guérie.	»	3 m. 20 j.	»	Pas traces de récidive le 27 octobre 1888.

et demi, 1 mois, 8 mois, 9 mois et 2 mois et demi; ce qui donne une survie de 6 mois et 12 jours.

Notons, toutefois, que cette survie est un peu inférieure à ce qu'elle pourrait être, car si 4 opérées ont succombé à l'évolution rapide du mal, une cinquième (10e opération), s'est suicidée dès qu'elle a eu la certitude qu'elle n'était pas complètement guérie.

Résultats des hystérectomies totales pratiquées pour lésions du col seul.

Ces opérations sont au nombre de 12 (voy. le tableau p. 803).

En résumé, ces 12 opérations ont donné 2 morts et 10 guérisons immédiates ou opératoires.

En ce moment, 5 opérées sont vivantes, dont 4 sans traces de récidive, et ont comme survie : 29 mois, 19 mois, 5 mois, 4 mois, 3 mois et demi ; soit 12 mois et 3 jours.

Je n'ai pu avoir de nouvelles médicales de Mme Aud..., femme L..., (20e opération), qui me dit souffrir des reins et en urinant. Il y a peut-être récidive après 4 mois.

Cinq sont mortes depuis l'opération et ont eu comme survie : 21 mois, 13 mois et demi, 20 mois et demi, 7 mois et demi et 3 mois et demi; ce qui donne une survie moyenne de 12 mois et 6 jours.

En additionnant la survie de ces deux séries, on obtient comme moyenne pour chaque malade : 12 mois et 18 jours.

Résultats des hystérectomies totales pratiquées pour lésions du col et du corps.

Dans ces cas, au nombre de 3 seulement, la clinique ne nous avait révélé nettement qu'une lésion du col, l'anatomie pathologique vient nous démontrer, en outre, une lésion du corps utérin (voy. le tableau p. 805).

Il n'est pas douteux que, dans ces trois cas, l'intervention consistant à pratiquer l'ablation sous-vaginale du col, par l'écraseur en particulier, aurait conduit à faire une opération incomplète, c'est-à-dire assez mauvaise. Il en eût peut-être été de même si l'on avait fait une amputation sus-vaginale; en tous cas, celle-ci eût dû être pratiquée très haut et se rapprocher des amputations conoïdes, préconisées par les Allemands.

Or, la première de ces malades, qui est en même temps ma première opérée (le 5 juin 1885), est encore parfaitement guérie le 29 octobre 1888, c'est-à-dire après trois ans et presque cinq mois. Mon collègue, M. Quénu, a pu s'en assurer avant-hier. La lésion épithéliale occupait non seulement le col, mais l'isthme de l'utérus,

TABLEAU III. — *Hystérectomies totales pour lésions du col et du corps* (Terrier)

NUMÉRO.	NOM.	AGE.	DÉBUT.	NATURE.	OPÉRATION.	RÉSULTAT.	RÉCIDIVE.	SURVIE.	MORT.	REMARQUES.
1	Mme M. fme G....	47	6 mois.	Épithélioma pavimenteux du col.	5 juin 1885.	Guérie.	»	41 mois.	»	Pas traces de récidive et très bien portante le 29 octobre 1888.
8	Mme P...........	40	1 an 1/2.	Épithélioma de l'isthme et du col et du corps.	22 octobre 1886.	Mort.	»	»	»	Par choc ?
9	Mme M...........	32	1 an.	Épithélioma pavimenteux lobulé du col et du corps.	24 nov. 1886.	Guérie.	6e mois (?).	8 m. 14 j.	8 août 1887.	Fistule vésico-vaginale opératoire.

il fallait donc faire toute autre chose qu'une simple amputation vaginale du col pour aller au delà des limites du mal. En d'autres termes, l'amputation vaginale du col pratiquée avec l'écraseur eût été une opération incomplète, alors que l'ablation totale a donné jusqu'ici l'excellent résultat qu'on peut et doit espérer d'une opération radicale et complète. N'y aurait-il qu'un cas analogue sur 50 et même 100 opérations complètes qu'il faudrait préférer l'hystérectomie totale à une ablation du col, fatalement palliative dans l'espèce.

Les résultats fournis par M. le professeur Verneuil sont-ils assez probants pour nous faire abandonner les ablations totales pour les ablations partielles? Je ne le crois pas et voici pourquoi :

Le travail sur lequel s'appuie M. Verneuil est, en fait, un double mémoire. En 1884, il se propose surtout de préconiser l'amputation du col avec l'écraseur linéaire, c'est incidemment qu'il parle de ses résultats. Puis vient le mémoire qu'il a lu à la Société dans l'avant-dernière séance.

Jusqu'en 1884, M. Verneuil a fait, dit-il, 16 opérations *pour épithélioma de diverses variétés* (p. 7). Permettez-moi d'analyser ces cas d'après les données beaucoup trop brèves fournies par l'auteur :

Sur ces 16 opérations, il y a 7 opérations incomplètes; car, dans 2 cas, la repullulation fut immédiate (on ne dit rien de la survie), et, dans 5 cas, les plaies ne furent jamais guéries; ici la survie est notée :

2 malades ont succombé près d'une année après l'opération.

2 malades ont succombé près de deux ans après l'opération.

1 malade était encore en vie en janvier 1884, elle avait été probablement opérée au commencement de l'année 1883; depuis, plus de nouvelles.

De ces malades, il nous est impossible de connaître l'âge, l'époque exacte de l'opération, la date de la récidive, sa nature et enfin la date exacte de la mort. Or, tous ces éléments doivent entrer en ligne de compte, quand il s'agit de discuter un problème aussi difficile que celui qui nous est soumis.

M. le professeur Verneuil nous parle, dans deux cas, de tumeur embryoplastique (variété rare) et d'épithélioma ordinaire très vasculaire, qui ont repullulé de suite; mais nous ne savons rien de la structure des autres tumeurs, et ce que nous savons de celles que nous venons de citer ne nous éclaire pas beaucoup.

En fait, les opérations qui ont été incomplètes ont donné, selon la règle, des résultats incomplets; mais il est impossible de calculer la survie moyenne, puisque 2 termes de ce calcul de probabilité manquent sur 7.

On pourrait rapprocher de ces opérations incomplètes une autre opération citée en huit lignes (p. 33) du mémoire des Archives où, après une extirpation *peut-être incomplète* au galvano-cautère, le mal ne fit que progresser. Il n'est pas non plus question de la survie.

Ceci nous donnerait 8 opérations incomplètes avec une *survie absolument impossible à calculer*.

J'ajouterai que nous ne pouvons comparer ces opérations partielles incomplètes aux hystérectomies incomplètes, au point de vue de la survie, et voici pourquoi :

Le professeur Verneuil extirpe le col avec l'écraseur, voire même le couteau du galvano-cautère, et constate que l'opération est incomplète soit par examen direct de la pièce enlevée, soit parce que la cicatrice ne se fait pas.

Pour nous, l'opération devient incomplète quand le vagin ou les ligaments larges sont pris, ce n'est donc plus du tout la même chose.

M. Verneuil opère incomplètement au *début* du mal, nous avons opéré à la *fin*. Il arrive, dans quelques cas, à des survies de 1 et 2 ans, alors que notre moyenne est de 5 mois et 22 jours. Cela n'a rien qui puisse étonner un clinicien, le contraire seul serait surprenant.

J'aborde l'étude des opérations complètes pour cancer du col (voy. le tableau p. 808).

Dans ce tableau sont inscrites toutes les opérations citées dans le mémoire des Archives en 1884, opérations dont quelques-unes ont été complétées dans le travail récent lu à la Société, plus les 5 opérations nouvelles et relatées un peu plus longuement dans le mémoire dont je viens de parler.

Si j'élimine les observations VII et IX dans lesquelles on n'a pas fait l'ablation du col avec l'écraseur, mais bien un grattage et une cautérisation, il nous reste encore 14 observations.

Sur ces 14 observations, 5 sont incomplètes, les malades ayant été perdues de vue « au bout de longtemps » (?) et de 3 ans ; dans ces cas, d'ailleurs, les observations sont, pour ainsi dire, nulles (obs. II, III, IV, V et VI). De plus, il m'est difficile d'admettre que successivement 5 opérées pour cancer utérin ont vécu sans récidive soit longtemps, soit plus de 3 années ; je crois que le fait serait des plus étranges pour les cancers du sein, *à fortiori* pour les cancers de l'utérus.

Quoi qu'il en soit, jusqu'en 1880, le professeur Verneuil fait 6 amputations du col pour cancer et obtient comme survie : 7 ans, longtemps, c'est-à-dire probablement plus d'une année au minimum (?) ; 3 années et 3 années ; ce qui fait 16 à 17 années pour 6 opérées, soit 32 à 34 mois de survie moyenne sans récidive

Tableau de 16 opérations pratiquées sur le col dans le cas de cancer utérin (ablation et cautérisation), par M. le professeur Verneuil.

NUMÉRO	NOM.	AGE.	DÉBUT.	NATURE.	OPÉRATION.	RÉSULTAT.	RÉCIDIVE.	SURVIE.	MORT.	REMARQUES.
1	Mme X...	?	?	Fongus du col.	Vers 1859.	Guérie.	5 ans (?).	7 ans.	7e année.	Guérison 5 années.
2	Mme X...........	?	?	?	?	Guérie.	?	?	?	Malades perdues de vue après longtemps.
3	Mme X...........	?	?	?	?	Guérie.	?	?	?	
4	Mme X...........	?	?	?	?	Guérie.	?	?	?	
5	Mme X... (hôpital Lourcine.	?	?	?	?	Guérie.	?	3 ans.	?	Perdue de vue.
6	Mme J..., bonne de médecin.	?	?	Lèvre ant. et cav. mal. (?).	?	Guérie.	?	3 ans.	?	Perdue de vue.
7	Dame belge......	?	?	Lèvre post. du col ulc. (?).	Vers 1869, caustique Filhos	Guérie.	?	6 ans.	?	Perdue de vue.
8	Mme X. de Tours..	?	?	Ulcère du col (?).	Fin déc. 1880.	Guérie.	15e mois, ganglions.	19 mois.	22 juillet 1882.	Opérée avec le Dr L. Thomas.
9	Mme X...........	?	?	Végét. épith. du col.	Août 1882, réséqué et gratté	Guérie.	?	8 mois.	?	Perdue de vue.
10	Mme Ph..........	?	?	Ulcérat. épith. (A. Siredey).	7 sept. 1883.	Guérie.	Nulle.	5 ans.	»	Reste guérie depuis 5 ans.
11	Mme R...........	25 à 26	?	Col et peut-être plus (?).	24 nov. 1883.	Guérie.	12e mois, locale.	16 mois.	Mars 1884.	
12 (obs. I)	Mme X...........	24	Quelques mois.	Col (?).	24 février ou 28 fevr. 1885.	Guérie.	?	3 ans 7 m.	»	Troubles généraux suspects.
13 (obs. II)	Mme X...........	31	Plusieurs mois.	Col (?).	7 mars 1885.	Guérie.	3e année. ganglions.	3 ans 7 m.	»	En pleine récidive ganglionnaire.
14 (obs. III)	Mme X...........	44	Plus d'un an.	Col et plus (?).	21 juin 1885.	Guérie.	20e mois. locale.	2 ans 8 m.	»	J'ai vu cette malade en pleine récidive.
15 (obs. IV)	Mme X...........	33	6 mois.	Col (?).	14 mai 1887.	Guérie.	Nulle.	1 an 5 m.	»	
16 (obs V)	Mme X........, ..	50	3 mois.	Épith. du col à cell. cylindr. prob. glandul	9 ou 7 juill. 1888.	Guérie.	Nulle.	3 mois 1/2.	»	

dans 5 cas ! Encore cette moyenne est-elle un minimum, puisque les malades ont été perdues de vue et ont dû vivre plus longtemps.

Depuis 1880, nous avons 8 nouvelles opérations qui ont donné comme survie : 19 mois, 60 mois, 16 mois, 43 mois, 43 mois, 32 mois, 17 mois et 3 mois et demi.

En tout, 233 mois et demi à répartir entre 8 opérées, soit 29 mois et 5 jours. On voit que nous ne sommes plus à la moyenne de 32 à 34 mois, moyenne minima, comme nous l'avons dit.

De plus, ici, sur les 8 opérations, nous avons 4 récidives au bout de 15 mois, 12 mois, 36 mois et 20 mois, plus une généralisation au 43e mois.

Il reste trois guérisons : de 60 mois, 17 mois et 3 mois et demi.

Comme on le peut remarquer, ces chiffres diffèrent de ceux de la première série, antérieure à 1880, ils sont moins bons ; car, dans cette première série, il n'est question de récidive que dans un seul cas et encore au bout de 5 années, tandis que nous constatons une tendance à revenir au taux probable des récidives ou des généralisations des affections cancéreuses, soit 5 sur 8.

En fait, depuis 1880, le professeur Verneuil a 3 guérisons datant de 60 mois, 17 mois et 3 mois et demi.

Or, depuis 1885, j'ai 5 guérisons datant de 41 mois, 29 mois, 19 mois, 5 mois et 3 mois et demi.

Il est vrai que toutes mes malades chez lesquelles le cancer a récidivé (au nombre certain de 5 et probablement de 6) sont mortes, sauf une.

Tandis que celles du professeur Verneuil (au nombre de 3) sont vivantes, mais j'en sais une (obs. 14) qui était bien mal en août dernier, et ce sont ces récidives assez tardives qui font monter à 29 mois et 5 jours la moyenne de la survie chez les opérées du professeur Verneuil.

De son travail, M. le professeur Verneuil conclut :

1° A l'innocuité de l'amputation du col, innocuité qui n'est pas discutable aujourd'hui. Mais, quoique élève et admirateur de Chassaignac, je ne partage pas l'enthousiasme de M. Verneuil pour l'écraseur, et lui préfère de beaucoup soit l'anse galvanique, soit le bistouri ;

2° A l'efficacité relative et absolue de l'ablation partielle sur l'ablation totale, efficacité relative en ce sens que la survie est plus longue ; efficacité absolue, car l'opération guérit ou peut guérir.

La discussion des faits ne nous permet pas d'accepter ces conclusions, car, si les moyennes tirées d'observations souvent fort incomplètes plaident en faveur de l'efficacité relative, c'est-à-dire de la valeur palliative de l'opération restreinte, le nombre de gué-

risons obtenues en 8 ans est inférieur à celui que j'ai obtenu en 3 années par l'opération radicale : : 3 : 5.

Dans mon travail sur l'hystérectomie vaginale, présenté au Congrès de chirurgie, ma dernière conclusion était celle-ci :

Les statistiques correspondantes d'ablations partielles *avec examen anatomo-pathologique*, pourraient seules faire juger de la supériorité de l'une de ces méthodes sur l'autre. *Or ces statistiques restent à faire, quoi qu'on en ait dit.*

Je n'ai encore rien à changer à ces conclusions. J'y ajouterai cependant une remarque c'est que dans l'étude de questions scientifiques, même médicales, j'ai la conviction qu'il faut s'efforcer d'atteindre une rigueur d'observation excessive ; c'est cette ferme conviction qui m'a poussé à serrer de près la discussion du travail du professeur Verneuil, l'un des maîtres de la science chirurgicale française.

M. Pozzi. Il semblerait résulter de ce que M. Terrier nous a dit d'une de ses opérées, qui avait été antérieurement dans mon service, que, chez cette malade, soumise par moi au curettage de la cavité utérine, j'avais fait le diagnostic de métrite. Je tiens à dire, qu'autant qu'il m'en souvient, j'avais bien, dans ce cas, reconnu le cancer de l'utérus ; que si je me suis contenté d'une opération palliative, c'est que je pense que l'hystérectomie est une mauvaise opération, lorsque l'utérus est très volumineux et lorsque les ligaments larges sont envahis.

M. Terrier. Je n'ai jamais pensé que, chez cette femme, le cas fût favorable. J'ai dit que je ne l'avais opérée que pour l'empêcher de mourir d'hémorrhagie. Or elle n'est pas morte d'hémorrhagie, l'opération n'a donc pas été inutile.

M. Kirmisson. Pour ma part, j'ai fait trois fois l'hystérectomie vaginale dans des cas de cancer de l'utérus. Mes résultats ont été désastreux. Deux des malades sont mortes à la suite de l'opération, l'une d'hémorrhagie par le ligament large droit, l'autre de pelvipéritonite. La troisième a guéri ; encore, chez elle, l'opération futelle marquée par une complication ; il y eut une petite déchirure au niveau du col vésical, qui nécessita une suture ultérieure. Chez cette malade, toutefois, le résultat opératoire parut tout d'abord satisfaisant ; car pendant une année la santé resta bonne ; mais, au bout de ce temps, la récidive se montra sous forme d'une tumeur ganglionnaire volumineuse dans la fosse iliaque gauche. La malade qui avait été opérée au mois d'août 1886, succomba à cette récidive ganglionnaire le 3 janvier 1888, seize mois par conséquent, après l'hystérectomie.

Je n'accorde pas une très grande valeur aux deux cas de mort, imputables bien plutôt à mon inexpérience des véritables indications opératoires et du *modus faciendi,* qu'à l'hystérectomie vaginale en elle-même. Quant au troisième fait, il m'a paru important de le citer. Ici, en effet, on ne saurait incriminer dans la production de la récidive, la mauvaise exécution de l'opération, car la cicatrice vaginale est toujours demeurée parfaitement souple; et il n'y a eu de ce côté aucune trace de récidive, ainsi que l'autopsie a permis de le constater. Mais l'extirpation de l'utérus en totalité a été impuissante à empêcher la récidive à distance sous forme de la tumeur ganglionnaire qui a causé la mort de la malade.

M. Trélat. La discussion actuellement ouverte devant la Société de chirurgie se présente sous un aspect paradoxal. Contrairement aux faits généraux de la chirurgie des cancers, l'opération parcimonieuse est donnée comme fournissant des résultats supérieurs à l'opération large ; l'hystérectomie partielle comme préférable à l'hystérectomie totale. Il convient de rechercher les motifs de cette apparente contradiction entre les doctrines et les faits. Sommes-nous en présence d'une exception particulière? Y a-t-il pour l'utérus des conditions anatomiques spéciales? Les faits cités sont-ils tous également probants? Voilà, entre autres, un certain nombre de questions à examiner.

Bien que le mémoire de M. Verneuil soit plutôt fait pour la défense de l'hystérectomie partielle que contre l'hystérectomie totale, la cause serait entendue si toutes les pièces figuraient au dossier. Mais vraiment le tableau qu'il trace de l'hystérectomie totale est trop sommaire et trop noir. Déjà plusieurs des nos collègues ont fourni leurs documents personnels sur les résultats immédiats ou la gravité opératoire de l'hystérectomie vaginale totale. J'y ajoute les miens qui sont forts courts.

J'ai opéré cinq malades, j'en ai perdu une.

Des quatre autres, la première en date est aujourd'hui, après trois ans et quatre mois, vivante, sans aucun indice de récidive et bien portante. La seconde a succombé à la récidive au bout de quatorze mois. La troisième a été perdue de vue au bout de six à sept mois, et pour la quatrième, opérée au mois de mai dernier, je suis sans nouvelles depuis les vacances.

La malade que j'ai perdue avait soixante ans passés. Elle avait été vue par deux de nos collègues qui avaient refusé de l'opérer. On me demanda de tenter l'opération si elle était possible. Je répondis que le cas était défavorable, mais que l'opération était possible. Je l'exécutai difficilement parce que l'utérus était friable. L'opérée succomba le matin du cinquième jour à des accidents uré-

miques. C'était, sous tous les rapports, un mauvais cas, un cas de contre-indication pour l'avenir.

J'ai donc perdu une malade sur cinq opérés, soit 20 0/0. M. Bouilly, en raison d'une première année moins favorable que les suivantes, a perdu 23,3 0/0, M. Pozzi, 16,6 0/0; M. Terrier a indiqué le chiffre de 19,04 0/0. Si on réduit les 62 cas avec 13 morts de ces divers opérateurs, on a le chiffre de 20,9 0/0 de mortalité. L'ensemble et les détails se rapprochent et se confirment.

Mais ce chiffre de 20 0/0 est loin d'être le dernier mot du pronostic opératoire de l'hystérectomie totale. Il est empreint des erreurs, des incertitudes et des insuffisances du début. Sans entrer ici dans des détails qui seraient inopportuns, nous pouvons affirmer que les impuissances opératoires résultant de contre-indications méconnues et les accidents opératoires résultant d'un manuel défectueux, sont les causes communes et fréquentes de la mortalité.

Tous ceux qui ont pratiqué l'opération sentent et savent que le jour très prochain où ils auront satisfait aux trois conditions suivantes : diagnostic assuré, indications sévèrement observées, technique perfectionnée, ils verront le chiffre de la mortalité opératoire se rapprocher de 10 0/0 (déjà dépassé par Schrœder, qui est descendu à 6 0/0, dans sa dernière série de 50 opérations), et n'offrir, par conséquent, qu'une insignifiante différence avec le chiffre de l'amputation partielle de l'utérus. J'entends ici l'amputation sus-vaginale ou supra-vaginale et non la section vaginale du col, que je considère comme insuffisante parce que son siège est invariable et qu'elle expose à de fréquentes opérations incomplètes avec récidive immédiate.

Cela posé pour la gravité réelle de l'opération, je passe à un autre ordre de faits :

Si la science était définitivement constituée sur l'anatomie pathologique des cancers utérins à l'époque de leur début, cette discussion n'aurait probablement pas raison d'être. Nous saurions au juste quelles sont les extensions et les limites des formations néoplasiques, et les indications opératoires en découleraient sans incertitude. Mais si nos connaissances sont à peu près complètes pour la période d'état et de terminaison des cancers, il n'en va pas de même pour la période des commencements. Les progrès thérapeutiques appellent de nouvelles recherches pathologiques. Ce n'est que d'hier que nous connaissons la très fréquente coexistence des diverses variétés de métrite, des fibromyomes interstitiels, avec le cancer utérin ; d'hier encore que nous avons

appris combien sont peu marquées les lésions qui séparent l'épithélioma de certaines métrites glandulaires.

Savons-nous avec certitude s'il y a des variétés ou des époques où le cancer du col est rigoureusement superficiel? On l'a dit à l'étranger et en France, mais qui a établi ces variétés, ces époques et leurs caractères? Personne, que je sache, d'une manière précise. Ce serait cependant la seule vraie justification de l'hystérectomie partielle.

Au lieu de cela, nous entendons M. Terrier nous dire que « quatre fois sur dix-huit l'examen histologique bien fait montre que le cancer du col existe en même temps dans le corps de l'utérus ». Notre collègue M. Quénu m'écrit qu'il reçut, lorsqu'il était chef du laboratoire histologique des hôpitaux, deux cols utérins enlevés avec l'anse galvano-caustique pour épithélioma limité. Gallard qui avait fait l'opération, avait fait constater à ses élèves l'intégrité des surfaces de section. A l'œil nu, leur tissu paraissait absolument sain. Et cependant le microscope révélait des traînées ou travées épithéliales jusqu'à la surface de section. On sait que les espaces interfibrillaires sont singulièrement favorables à la lointaine propagation des coulées épithéliales. Tout cela échappe à l'œil, même quand on a la pièce pathologique entre les mains, et *à fortiori* à l'examen clinique. C'est le microscope seul, manié par un histologiste expert, qui révèle ces faits cachés, mais de valeur capitale.

On conviendra que dans tous les cas de ce genre, et ils ne sont pas rares, c'est l'hystérectomie totale qui peut seule donner quelque espoir d'enlever la totalité des lésions. Nous discutons parce que ni les uns ni les autres, ni les partisans de l'opération partielle ni ceux de l'opération totale, nous ne pouvons reconnaître ces cas divers, et que les premiers, tablant sur la limitation possible, vont à l'extirpation restreinte, tandis que les seconds, redoutant la propagation fréquente, ont un prompt recours à l'opération totale.

Qui tranchera ces légitimes incertitudes? Je l'ai dit plus haut et je le répète : une anatomie pathologique plus parfaite, plus pénétrante, plus conforme aux besoins nouveaux.

Mais cette anatomie pathologique, elle ne peut être faite qu'avec des pièces fournies par les opérations totales et partielles et par des histologistes d'une compétence incontestée.

Il est certain que les lymphatiques et leurs ganglions sont fréquemment envahis par le néoplasme. A quelle époque a lieu cette invasion? Est-elle précoce ou tardive, rapide ou lente, constante ou irrégulière dans sa marche? Quels signes en révèlent les premières traces? Incertitude profonde et absolue sur toutes ces questions. On nous dit que, lorsque le néoplasme se propage

du col au corps, les lymphatiques sont toujours pris. Sur quels faits précis repose cette allégation contre laquelle témoignent certains cas trop rares, mais bien réels, de guérison prolongée après l'hystérectomie totale?

La vérité est que nous n'en savons rien, qu'il faut redouter cette propagation et craindre sa précocité. Si l'une et l'autre étaient constantes, les extirpations partielles ne vaudraient ni plus ni moins que les extirpations totales, et réciproquement. Mais puisque, les uns et les autres, nous comptons des succès durables, c'est qu'il y a des cas, variétés ou époques où les lymphatiques sont indemnes au moment de l'opération. Et la question reste entière de savoir si les partisans de l'hystérectomie totale n'ont pas de meilleures chances que ceux de l'extirpation incomplète de devancer l'invasion pathologique. Je le crois encore, et je ne quitterai cette croyance que devant la preuve anatomo-pathologique.

J'arrive au point capital du mémoire de M. Verneuil : la survie de ses opérées, et je range sous trois chefs les observations que j'ai à présenter à cette égard.

1° Il n'y a point parité dans les éléments de la discussion entre les deux camps. L'hystérectomie vaginale totale date parmi nous de juin et juillet 1885. L'opération avait, sans doute, été pratiquée auparavant par d'autres chirurgiens; mais, dans cette question difficile, nous avons bien le droit de ne nous servir que de nos propres documents ou de ceux que nous pouvons contrôler directement. Dans ces conditions, il nous est imposible, au jour actuel, de citer des malades ayant plus de trois ans et quatre ou cinq mois de survie. On ne peut demander à un enfant de cinq ans d'en avoir dix. Nul ne peut affirmer qu'il les aura. Néanmoins les malades de MM. Terrier et Bouilly, celle de M. Demons et la mienne semblent vraiment fort disposées à nous donner encore de longs mois de survie.

2° M. Verneuil fait une opération assurément bénigne. Ses malades survivent pour ainsi dire toujours, quel que soit l'effet thérapeutique, utile ou nul, de l'opération. Si l'effet est utile, il compte à juste titre de douze à quatre-vingts mois de survie par malade; si l'effet est nul, il compte encore trois, quatre, six mois de survie. Quand nos malades meurent par suite de l'opération, nous comptons 0 survie. Or, ces zéros sont trop nombreux dans nos opérations de début. Pour toutes les raisons que nous avons exposées et sur lesquelles j'ai insisté, les cas de mort opératoire qui se transforment en zéros dans le calcul de la survie, doivent considérablement diminuer. La méthode porte encore les traces de son enfance laborieuse. Voilà une seconde cause de déchet qui

tient plus aux apparences qu'au fond des choses. C'est un mirage dont il convient de se défier.

3° Les cinq dernières observations de M. Verneuil, celles qui sont postérieures à 1884, ne me semblent pas favorables à la méthode de l'amputation partielle.

La cinquième est de date trop récente et de forme trop particulièrement bénigne pour entrer en ligne de compte. Je la laisse de côté. Pour les quatre autres, nous trouvons une femme opérée depuis dix-sept mois en bon état, et trois malades en état de récidive. Sans doute la récidive a été lente à se produire, puisque la survie a été jusqu'ici de quarante mois environ pour chaque malade. Mais, précisément en raison de cette lenteur, ces trois faits me paraissent plaider énergiquement en faveur de l'hystérectomie totale. Voici comment je les interprète : au moment de l'opération les lymphatiques et les ganglions étaient sains. S'ils avaient été atteints, la récidive eût été beaucoup plus prompte. Mais la section a dû laisser quelqu'une de ces imperceptibles travées épithéliales intermusculaires qui ont évolué sourdement et produit l'état actuel. Je pense que ces trois femmes étaient absolument justiciables de l'extirpation totale et qu'elles en eussent tiré un bénéfice supérieur à leurs quarante mois de survie avec échéance fatale.

Je ne voudrais rien exagérer, et je n'irai pas jusqu'à dire que la survie à la suite des opérations n'a ni valeur ni puissance démonstrative. Mais il ne faut pas se laisser aller à la magie de ce mot. Il en faut chercher le sens, la signification, l'origine. Il y a eu une époque où on eût facilement prouvé que les femmes opérées de kyste ovarique avaient une survie moindre que les femmes non opérées. Qui oserait aujourd'hui songer à cette démonstration ?

Nous sommes ici en présence d'une discussion du même ordre. Laissons marcher de pair la science, sans cesse interrogée, et la pratique de saine audace qui caractérise notre époque. Aujourd'hui, nous ne possédons pas tous les éléments nécessaires à la solution du problème. Ne nous leurrons pas de démonstrations trompeuses, parce qu'elles sont prématurées, et sachons attendre de l'expérience et du temps, qui marche si vite, en cette fin de siècle, les arguments solides et incontestables qui résoudront les difficultés et clôront définitivement nos incertitudes actuelles.

Rapport.

Hydrocèle vaginale et épiplocèle chez un enfant de 5 ans. Épiploïte tuberculeuse. Cure radicale de l'épiplocèle, de l'hydrocèle et de la tuberculose, par le Dr LARGEAU (de Niort).

Rapport par M. JUST CHAMPIONNIÈRE.

OBSERVATION. — S..., âgé de 5 ans et demi, a toujours été de santé délicate sans avoir fait de maladie grave. Sa mère est morte d'une affection pulmonaire consécutive à la fièvre typhoïde. Son père est mort, il y a quelques mois, d'une maladie de l'abdomen de nature tuberculeuse probablement. Le grand-père a succombé à une affection chronique de la poitrine. L'enfant a porté bandage pour une hernie inguinale droite, datant de la première enfance, qui aurait guéri. On avait depuis longtemps supprimé le bandage quand sont arrivés les accidents actuels.

Je vois l'enfant le 15 décembre 1886. Depuis quelque temps il est fatigué, mange mal, se plaint du ventre, a de la diarrhée, un peu de fièvre le soir. On crut d'abord à une fièvre typhoïde légère. Il est au lit depuis quinze jours. La fièvre augmente, une douleur vive se manifeste dans la région inguinale.

Lors de mon examen, je constate un ballonnement considérable du ventre. La sensibilité de ses parois n'est pas très vive ; il y a une sonorité tympanique à la percussion dans tous les points. Dans la région inguinale droite, on trouve une tumeur allongée commençant au testicule et remontant dans l'abdomen par l'anneau inguinal. La tumeur est composée de deux parties distinctes. Autour du testicule une hydrocèle, du volume d'une noix, fluctuante et transparente ; au-dessus d'elle, une épiplocèle, nettement lobulée. La tumeur n'est pas très douloureuse à la palpation. Il y a un certain empâtement autour de l'épiplocèle. La peau n'est pas rouge, ni œdématiée. Nous croyons qu'il s'agit d'une épiplocèle enflammée ayant entraîné par action réflexe ce ballonnement si considérable du ventre ; comme il n'y a pas de sensibilité vraie du ventre, pas de vomissements, nous écartons l'idée d'une péritonite généralisée et nous croyons que la résection de l'épiploon hernié, suivie de la cure radicale de la hernie, fera cesser les accidents.

L'enfant est chloroformisé le lendemain matin. L'incision ordinaire pour la herniotomie est pratiquée et j'arrive sur le sac. Le paquet antérieur des veines du cordon est étalé sur lui. On l'écarte et le sac est incisé sur une longueur de 3 à 4 centimètres. Je vois alors l'épiploon. Il est couvert sur toute sa surface de petites granulations rondes comparables à des grains de tapioca cuit et qui ne sont autre chose, comme l'a démontré l'examen histologique, que des tubercules miliaires. Il n'y a pas de liquide dans le sac. L'épiploon est, au contraire, un peu adhérent à la paroi interne du sac. Ces adhérences

ayant été détachées, très aisément du reste, la portion herniée de l'épiploon est attirée en bas et je constate que les granulations tuberculeuses remontent sur toute la partie visible de celui-ci. Il est lié au catgut le plus haut possible, en deux faisceaux, et l'on resèque tout ce qui se trouve au-dessous des ligatures, puis le moignon est réduit dans le ventre. Comme je fais cette réduction, il sort de l'abdomen une assez grande quantité (un demi-litre au moins) d'un liquide clair, comparable au liquide d'un kyste hydatique, quoique un peu moins clair cependant. La pression sur l'abdomen facilite la sortie du liquide. Le ventre étant bien vidé, je fais la dissection du sac. Cette dissection est difficile parce que sa paroi est très mince, non tendue, très adhérente, et parce qu'il faut ménager en arrière les éléments du cordon, canal déférent, artère spermatique, veines postérieures qu'on sent intimement accolées à lui. Le sac étant bien isolé, nous le lions aussi haut que possible au catgut et nous le laissons remonter dans le canal inguinal. Il s'agissait maintenant de traiter l'hydrocèle qui formait un sac distinct. La tunique vaginale est ouverte en avant, lavée à la solution phéniquée forte, puis refermée par trois sutures au catgut fin. L'opération, pansement compris, a duré une heure et demie.

Les suites de l'opération furent bien simples. Le ballonnement du ventre diminua peu à peu, la fièvre avec lui, l'appétit revint et l'enfant put se lever et marcher à la fin de janvier.

Nous l'avons revu le 30 juin 1887, c'est-à-dire six mois après. Les bourses ont repris l'aspect normal. La hernie a complètement guéri sans qu'il ait porté bandage un seul jour. L'hydrocèle ne s'est pas reproduite. Le testicule est libre dans la vaginale et de même volume que du côté gauche. Les veines du cordon et le canal déférent se sentent très bien à travers la peau des bourses. Le ventre lui-même n'est ni ballonné, ni sensible en aucun point. La santé générale est d'ailleurs très bonne. L'enfant a engraissé et grandi, il mange bien et ne se plaint de rien ; ni les poumons ni les autres viscères ne semblent atteints de tuberculose. Nous avons eu tout récemment (janvier 1888) de ses nouvelles ; il se porte toujours très bien.

La portion d'épiploon enlevée a été envoyée au laboratoire de la Faculté de médecine où M. le professeur Cornil et son préparateur, M. Toupet, l'ont examinée. Ils ont constaté très nettement le caractère tuberculeux des granulations.

Remarques. — Cette observation montre qu'on peut être amené à intervenir dans les hernies de l'enfance, dans les épiplocèles en particulier, bien que le fait doive être excessivement rare. Ici nous pensons que les accidents sont dus à la localisation du tubercule sur une partie enflammée de l'épiploon. La tuberculose était-elle exactement limitée à cette portion de l'épiploon ou avait-elle envahi tout l'abdomen, nous n'en savons rien. Ce qui est certain c'est qu'elle a guéri ou du moins s'est arrêtée depuis deux ans sans donner lieu à aucun symptôme morbide. Si elle eût été limitée à la portion de l'épiploon réséquée nous comprendrions très bien la guérison. Elle s'ob-

servé après nombre d'opérations pour des tuberculoses locales. Ce serait là seulement un exemple unique, croyons-nous, de localisation tuberculeuse. Mais la grande quantité de liquide contenu dans l'abdomen, le tympanisme si considérable nous font penser qu'il y avait envahissement d'une assez grande portion, sinon de tout l'épiploon. Alors comment expliquer la guérison? Peut-être par l'évacuation du liquide, ce dernier emportant avec lui les substances toxiques sécrétées par les bacilles. Le fait de S. Spencer Wells trouvant une péritonite tuberculeuse au cours d'une laparotomie et voyant sa malade guérir après évacuation du liquide abdominal est un fait de même ordre.

D'autre part, l'épiplocèle et l'hydrocèle chez cet enfant ont été guéries radicalement et définitivement, et probablement sans atrophie ultérieure du testicule, ce qui démontre une fois de plus les bienfaits de la cure radicale, même chez les enfants[1].

Cette observation de M. Largeau est intéressante non seulement au point de vue de la cure radicale pratiquée chez un enfant, mais surtout au point de vue de la guérison de la tuberculose. Cette guérison peut être considérée comme obtenue puisque, vingt-deux mois après l'opération, le malade se trouve dans un parfait état de santé. Il est probable que M. Largeau a eu la bonne fortune d'intervenir dans un cas de tuberculose localisée à la portion herniée de l'épiploon, ce qui lui a permis de guérir du même coup son malade et de sa hernie et de sa tuberculose.

Les cas de tuberculose localisée à une portion du péritoine sont fort rares, mais paraissent admis par les auteurs classiques. Cruveilhier cite même l'histoire d'un homme atteint de tuberculose laryngée et pulmonaire et porteur de deux hernies inguinales énormes; le sac herniaire et la portion déplacée du mésentère étaient *seuls couverts* de granulations miliaires transparentes.

A part ce cas de Cruveilhier, je n'ai trouvé aucune observation qui puisse être rapprochée de celle de M. Largeau. Elle offre donc, aussi bien par sa rareté que par sa netteté et sa précision, un intérêt capital, et démontre une fois de plus l'opportunité de l'intervention dans les cas de tuberculose locale, quel que soit du reste le siège de la lésion.

Vous voyez que je n'ai guère eu, par mes recherches, à ajouter à l'intérêt de la curieuse observation de M. Largeau. Je crois donc que la meilleure proposition que j'ai à vous faire, c'est de faire imprimer intégralement cette rare et curieuse observation et d'adresser des remerciements à son auteur.

[1] L'opération a été faite le 16 décembre 1886, l'observation nous a été remise le 27 janvier 1888 et aujourd'hui 31 octobre 1888 nous avons eu d'excellentes nouvelles du malade.

Lectures.

M. Chaput lit une observation intitulée : *Rupture de l'uretère et du colon ascendant par coup de pied de cheval. Suture de l'intestin. Néphrectomie. Guérison.* (M. Tillaux, rapporteur.)

Présentation d'instruments.

M. Berger présente une *table destinée à la désinfection des instruments et à leur conservation à l'état aseptique pendant les opérations.*

Cette table qui a été construite par M. Collin, d'après les indications de M. Berger, est une modification de la table employée pour le même usage par M. Lucas-Championnière. Elle se compose d'une cuvette métallique, où l'on verse la solution antiseptique. Dans cette cuvette viennent se placer un certain nombre de compartiments mobiles, où se mettent les instruments, compartiments dont le fond est percé de trous, de manière à permettre à la solution antiseptique d'y pénétrer quand on les immerge dans la cuvette où celle-ci se trouve contenue. D'autre part, cette cuvette est pourvue d'un tuyau de déversement fermé par un robinet, qui permet de faire écouler, en totalité ou en partie, le liquide qui y est contenu. Grâce à cette disposition, on peut, avant l'opération, immerger les instruments dans la solution phéniquée forte, pour laisser écouler cette solution et la remplacer par une autre moins concentrée et moins irritante pour les mains du chirurgien, à partir du moment où l'opération commence.

M. L. Championnière. Je ne vais certainement pas critiquer la modeste table à instruments dont je suis le père et à laquelle M. Berger a bien voulu ajouter un organe. Je voudrais seulement vous dire pourquoi je n'adopterai pas cette modification. Je crois que le premier mérite de ma table, c'est la simplicité. Si peu qu'on la modifie on la complique, et ce tube inférieur la rend plus difficile à nettoyer.

Puis, si j'ai mis quatre cuvettes distinctes, c'est qu'il y a des fonctions distinctes à remplir et il y a gros inconvénient à mélanger l'eau qu'elles contiennent. C'est ainsi que j'ai tenu à séparer complètement les pinces des autres instruments ; un bassin me paraît nécessaire pour les instruments de suture, et, enfin, un bassin isolé est indispensable pour les fils à suture et à ligature.

Je tiens précisément à mettre des liquides différents, à ne pas

noyer des instruments délicats dans un nuage d'eau sanglante.

Dans ces conditions, le changement de liquide en question visé par ces trous au bassin, ce canal sous la grande table sont chose inutile.

Aussi ne voyant aucun avantage à ces annexes, je conserverai ma table peu coûteuse, propre, qui me paraît répondre à tous les desiderata de l'opération.

Élection.

M. Magitot est nommé *membre honoraire* à l'unanimité des membres présents.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,
Ch. Monod.

Séance du 7 novembre 1888.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de candidature M. Picqué, à la place de membre titulaire vacante :

3° *Du lavage électrique et de la faradisation intra-stomacale dans la dilatation de l'estomac*, par le D[r] Baraduc (de Paris) ;

4° *Deux observations d'hystérectomie vaginale totale pour cancer de l'utérus*, par le D[r] Vincent, professeur à l'École de médecine d'Alger (commissaire : M. Richelot) ;

5° Observations de chirurgie : *Anévrysme de la sous-clavière ; polype naso-pharyngien; ovariotomie*, par M. Ledru, professeur à l'École de Clermont-Ferrand (commissaire : M. Peyrot);

6° Demande de congé par M. Bouilly, pendant le semestre d'hiver, en raison de son cours à la Faculté ;

7° *Balle de plomb déformée par compression et portant l'empreinte d'un tissu*, par M. Gripat, professeur à l'École d'Angers (commissaire : M. Chauvel) ;

8° M. le Dr Assaky, professeur à Bucharest, se porte candidat au titre de membre correspondant étranger de la Société.

Suite de la discussion sur le traitement du cancer de l'utérus.

M. Polaillon. Dans un mémoire sur le cancer de l'utérus, que j'ai publié en 1882 (*Annales de Gynécologie*, juillet 1882) et que je rappelle aujourd'hui, j'ai soutenu que le cancer limité au col pouvait être guéri par une amputation du museau de tanche. J'ai montré, en outre, d'après la plupart des statistiques connues, que l'ablation totale de l'utérus par la voie vaginale était une opération, encore trop grave et trop incertaine au point de vue de la récidive, pour devoir être recommandée, au moins jusqu'à nouvel ordre.

Depuis lors, mon opinion n'a pas changé.

J'ai essayé l'hystérectomie vaginale, comme la plupart de mes collègues. Sur 6 opérations, j'ai eu 2 morts et 4 succès opératoires. Il importe de faire connaître en peu de mots ces six opérations.

I. — Henriette Sto..., âgée de 32 ans, porte un épithélioma ulcéré du col. L'ulcération pénètre dans la cavité du col. Les culs-de-sac sont sains; l'utérus est mobile, assez volumineux.

Hystérectomie vaginale le 29 juin 1886. L'ovaire et la trompe gauches sont adhérents à l'utérus et enlevés avec lui. Trois pinces à forcipressure sont placées sur les ligaments larges. Aucune ligature. Le quatrième jour, après avoir retiré un tampon de gaze iodoformée qui était placé dans le fond du vagin et l'avoir remplacé par un nouveau tampon, la malade est prise d'un ténesme vésical très douloureux. Au bout de trois jours, le ténesme cesse et on remarque que les urines s'écoulent par le vagin. Il est évident que le fond de la vessie s'est sphacelé soit par le fait de la dissection opératoire, soit par suite de la pression des pinces, qui ont été enlevées au bout de quarante-huit heures. Une fistule vésico-vaginale s'établit. Il n'aurait pas été difficile

de guérir cette fistule. Mais les forces de la patiente vont en diminuant de plus en plus. A une diarrhée presque continuelle s'ajoutent une inappétence complète, des nausées et des vomissements. Le 28 juillet, les membres inférieurs s'œdématient. Il y a des sueurs profuses. On découvre dans les urines une notable quantité d'albumine. Bientôt la malade tombe dans un état de somnolence presque continuelle. La peau prend une teinte cyanosée. La mort arrive le 10 août, quarante-deux jours après l'hystérectomie. Elle a été produite par l'urémie. L'absence d'autopsie ne nous a pas permis de savoir s'il y avait eu une dégénérescence cancéreuse des reins ou une néphrite par propagation.

II. — Marie Zol..., femme F..., âgée de 35 ans, porte un épithélioma ulcéré de la lèvre postérieure envahissant le cul-de-sac postérieur. La lèvre antérieure est dure et bosselée. Le cul-de-sac antérieur est indemne. La santé générale est bonne.

Hystérectomie vaginale le 12 juillet 1887. L'utérus, dont le tissu est friable, se déchire plusieurs fois sous les pinces qui l'attirent en bas. D'où une difficulté assez grande pour séparer l'utérus en avant et en arrière. Une pince est placée sur le ligament large gauche en dehors de l'ovaire, qui est gros comme un œuf de poule et adhérent à l'utérus. L'utérus est alors détaché sur son bord gauche. Puis une autre pince est placée sur le ligament large droit, et l'utérus est enlevé. Lavage. Pansement avec la gaze iodoformée.

Tout va bien jusqu'au troisième jour. Un écoulement sanieux par le vagin m'oblige à retirer les tampons de gaze iodoformée et à faire un lavage du vagin avec de l'eau phéniquée à 2 1/2 0/0. Immédiatement la patiente accuse une douleur vive dans le bas-ventre. Je replace dans le vagin un tampon de gaze iodoformée. A partir de ce moment une péritonite se développe et emporte l'opérée le 18 juillet, six jours après l'hystérectomie.

A l'autopsie, je constate que le fond du vagin est presque entièrement oblitéré par des adhérences avec les anses intestinales voisines. Il n'y a qu'un orifice, grand comme une pièce de 50 centimes, qui fait communiquer le vagin avec la cavité péritonéale. Le péritoine est vascularisé. Les anses intestinales et la portion supérieure du rectum, au point où elles obstruent le fond du vagin, présentent de larges plaques noirâtres, qui sont peut-être dues au contact des pinces à forcipressure. La vessie est saine et parfaitement indemne de toute lésion. L'examen du vagin permet de constater que l'épithélioma a été enlevé en totalité. Les ganglions lombaires ne paraissent pas envahis. Tous les organes sont sains. L'utérus est de moyen volume. L'épithélioma envahissait la cavité du col, mais ne remontait pas dans la cavité du corps. L'ovaire adhérent à l'utérus était atteint de dégénérescence kystique dermoïde.

L'hystérectomie vaginale avait certainement été une opération radicale, puisqu'il n'était pas resté de tissu morbide. Mais la patiente a succombé aux suites de l'opération. J'ai le vif regret d'avoir peut-être

provoqué la péritonite en enlevant trop tôt le tampon qui oblitérait le fond du vagin.

III. — Marguerite L..., âgée de 39 ans, est atteinte d'un épithélioma ulcéré qui envahit tout le col et se prolonge dans la cavité utérine. Hystérectomie vaginale le 13 septembre 1887. Trois pinces sont placées sur les ligaments larges. Pansement avec de la gaze iodoformée. Tout va bien pendant trois jours. Le quatrième jour elle est prise de douleurs de ventre, de vomissements, de ballonnement de l'abdomen. Les vomissements d'abord bilieux deviennent fécaloïdes. Du 18 au 28 septembre elle présente tous les signes d'une occlusion intestinale. Enfin la circulation des gaz et des matières se rétablit peu à peu. Le 22 octobre elle sort de la Pitié. Au moment de la sortie, il y avait au fond du vagin une petite plaie bourgeonnante qui nous a paru de bonne nature. — J'ai revu plusieurs fois cette opérée. Le cancer a récidivé dans le fond du vagin. Au bout d'une année, elle était dans un état de cachexie avancée.

IV. — Adèle Voi... âgée de 37 ans, a un épithélioma ulcéré du col allant jusqu'aux culs-de-sac. — Le 12 avril 1888, hystérectomie vaginale rendue difficile par la présence, vers le fond de l'utérus, d'un fibrome gros comme une mandarine (la pièce a été présentée à la Société obstétricale et gynécologique de Paris). Les suites furent très simples. Le 9 mai, elle sortait de la Pitié. J'ai constaté depuis que le cancer récidivait sous la forme d'un noyau dur situé dans le fond du vagin.

V. — Anaïs Plaç..., âgée de 49 ans, a un épithélioma du col se prolongeant dans le corps. Les culs-de-sac sont sains. — Le 28 avril, hystérectomie vaginale. Pinces sur les ligaments larges. Les suites sont très simples et elle sort de l'hôpital le 31 mai. Je l'ai revue dernièrement. Le cancer avait déjà récidivé.

VI. — Clémentine S..., âgée de 57 ans, est affectée d'un épithélioma ulcéré du col se prolongeant dans la cavité utérine. L'utérus est petit, mobile, sans oblitération des culs-de-sac. — Hystérectomie vaginale le 2 août. Quatre pinces sont placées sur les ligaments larges. Les suites sont très simples. Le 10 septembre, l'opérée part en convalescence pour le Vésinet. Au bout d'un mois, l'opérée rentre dans mon service en pleine récidive. Actuellement elle est dans un état de cachexie avancée.

Ainsi, une mortalité de 33 0/0 et une récidive rapide dans tous les cas de succès opératoire, tel est le bilan de mes hystérectomies vaginales pour le cancer du col. Je conviens, avec la plupart de mes collègues, que le chiffre de la mortalité deviendra moindre à mesure que l'on connaîtra mieux les précautions qu'il faut prendre pour cette opération. Mes quatre dernières hystérectomies ne

m'ont point donné de décès. Je crois que ce résultat n'est pas fortuit, et qu'il tient à une meilleure technique opératoire. Mais il me paraît chimérique d'espérer que l'hystérectomie vaginale puisse jamais égaler en bénignité l'amputation du col.

Quant à la récidive, elle a été d'une déplorable rapidité. Sous ce rapport, mes ablations partielles ont été bien supérieures à mes hystérectomies totales.

J'ai pratiqué 20 fois l'amputation du col avec le serre-nœud galvanique pour des cancers du museau de tanche, 9 fois les opérées sont sorties de l'hôpital paraissant radicalement guéries ; 9 fois elles ont été notablement améliorées, c'est-à-dire que les douleurs, les hémorrhagies, les écoulements fétides avaient disparu ; la cicatrisation s'était effectuée, mais il restait encore quelques points d'une dureté suspecte ou quelque ulcération. Une fois la malade n'a retiré aucun bénéfice de l'opération et le cancer a suivi son cours. Une fois enfin, la patiente est morte pendant l'opération. Cette mort, tout à fait accidentelle, a été probablement produite par la chloroformisation et ne doit pas être mise sur le compte de l'amputation du col. J'ai cité ce fait ici même (*Bull. de la Soc. de Chirurgie*, p. 571 ; 1884).

Les 9 opérées, qui n'ont été qu'améliorées, ont évidemment subi les conséquences fatales de leur cancer.

Mais sur les 9 femmes qui m'ont paru guéries, 3 seulement sont venues me retrouver pour une récidive, les 6 autres (opérées le 16 août 1878, le 12 octobre 1878, le 28 juin 1881, le 27 juin 1885, 5 avril 1886 et le 11 septembre 1887) n'ont pas été revues. Or, mes malades ayant l'habitude de venir me redemander des soins, lorsqu'elles ont de nouvelles souffrances, j'ai lieu de croire que, pour quelques-unes au moins, la guérison s'est maintenue jusqu'à présent. Je ne peux rien dire de plus à leur égard, car il s'agit de malades d'hôpital qu'il ne m'a pas été possible de suivre. Parmi mes malades de la ville, j'ai deux faits de guérison après l'amputation du col, l'un, depuis le 25 avril 1883, l'autre, depuis le 10 novembre 1881. Dans ces deux cas il s'agissait de cancer reconnu au microscope.

Les 3 récidives chez les opérées, qui m'avaient paru guéries après l'amputation du col, ont été constatées : l'une deux ans et quatre mois après l'opération, l'autre au bout d'un an et deux mois, la troisième au bout d'un an, et les malades ont encore vécu un temps plus ou moins long après la constatation de la récidive.

Le procédé, auquel je donne la préférence pour l'amputation du col, est la section avec le serre-nœud galvanique. Si, après l'amputation, il subsiste encore sur le moignon utérin quelques points suspects, je les détruis immédiatement avec des flèches au chlo-

rure de zinc. Lorsque les premières eschares sont tombées, je place de nouvelles flèches, et ainsi de suite, jusqu'à ce que les limites du tissu cancéreux me paraissent largement dépassées. Je réalise ainsi une amputation conique du col aussi bien qu'avec l'instrument tranchant et d'une manière beaucoup moins dangereuse.

On a reproché à ces cautérisations profondes d'être une méthode aveugle ; mais, je le demande, la dissection supra-vaginale d'un col cancéreux est-elle une méthode moins aveugle au point de vue de l'appréciation des limites du mal ?

En résumé, du côté de l'hystérectomie vaginale, mortalité considérable, récidive rapide, courte survie, guérisons rares ; du côté de l'amputation du col, mortalité insignifiante, récidive lente, survie plus longue, guérisons également rares. L'intérêt des malades est donc de subir la seconde opération plutôt que la première. C'est l'opinion que M. le professeur Verneuil a soutenue devant nous avec une grande conviction et avec toute l'autorité de son expérience clinique ; c'est aussi l'opinion que je suis amené à soutenir d'après les faits de ma statistique intégrale.

Je me hâte d'ajouter que l'amputation du col, quel que soit le procédé que l'on choisisse, écraseur, instrument tranchant ou anse galvanique, ne peut être curative qu'à la condition d'intervenir de très bonne heure. Toutes les fois que le cancer a envahi consécutivement ou d'emblée le corps de l'utérus, toutes les fois qu'il s'étend aux culs-de-sac du vagin, il n'y a qu'une opération rationnelle, c'est l'hystérectomie vaginale. C'est à elle qu'il faut avoir recours dans ces cas déterminés, et je considère comme une des plus importantes conquêtes de la chirurgie contemporaine de pouvoir exécuter l'opération autrefois si dangereuse de Récamier avec des chances de succès que cette discussion a montré être très grandes.

M. Tillaux. Je commence par déclarer que l'hystérectomie vaginale totale est une opération qui fait le plus grand honneur à la chirurgie moderne et je la considère comme une véritable conquête. Mais est-ce à dire qu'elle doive constituer la méthode générale de traitement pour le cancer de la matrice ? Je dirai tout de suite que je ne le crois pas, et voici ce qui résulte pour moi de l'observation des faits.

Trois genres d'opération peuvent être appliqués au cancer de l'utérus.

La première est purement palliative et je pense, messieurs, que nous nous entendons tous sur la valeur de ces expressions: palliative et curative. L'opération est palliative lorsque de parti pris ou

autrement on n'enlève qu'une portion du néoplasme ; elle est curative (toutes réserves faites d'ailleurs au point de vue de la récidive ultérieure), lorsque toute la partie malade a été enlevée, au moins en apparence.

Un champignon végétant remplit le vagin, provoque des hémorrhagies, un écoulement séro-sanguinolent abondant et fétide, et menace d'emporter la femme de septicémie vaginale; nous enlevons ce champignon avec l'écraseur, l'anse galvanique, la curette tranchante, etc.; nous cautérisons fortement au fer rouge; nous pratiquons évidemment ainsi une opération palliative, parfois la seule possible et nous rendons encore à la malade un grand service, malheureusement de courte durée dans la plupart des cas.

Mais là n'est pas la question.

Voici une femme jeune, ayant toutes les apparences de la santé la plus florissante. Elle ne souffre aucunement, n'a pas maigri et toutes ses fonctions s'accomplissent normalement, mais elle remarque que depuis quelques temps, elle est atteinte d'un écoulement jaunâtre, séro-sanguinolent qui l'inquiète, et c'est pour ce motif qu'elle vient nous consulter. Personne, d'ailleurs, dans son entourage, ne pourrait soupçonner que cette femme est malade. Nous la touchons, et nous constatons l'existence évidente d'un épithéliome du col au début. L'affection est nettement limitée ; les culs-de-sac sont libres et l'on peut circonscrire avec le doigt la partie malade.

Il est évident qu'il y a grand intérêt pour cette femme à être rapidement débarrassée.

Eh bien ! qu'allons-nous faire ?

Deux opérations se présentent à nous : l'une est la résection cunéiforme du col, résection partielle, remontant aussi haut que possible dans le tissu utérin, opération conseillée jadis par Huguier, pour une autre affection, il est vrai, et se rapprochant sensiblement de celle que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de supra-vaginale. — L'autre opération est l'hystérectomie totale.

A laquelle de ces deux opérations devons-nous donner la préférence ?

Telle est, à mon sens, la manière dont doit être posée la question et c'est seulement à cette première période du cancer qu'elle peut être posée, car plus tard, lorsque le corps de l'utérus est envahi, elle n'a plus de raison d'être.

Nous observons rarement, dira-t-on, le cancer à cette période initiale, avec des conditions aussi favorables à l'amputation partielle de l'utérus ; cela est, en général, vrai pour la pratique hospitalière, mais non pour les malades de la ville qu'il n'est pas rare d'examiner dès le début du mal.

Deux raisons doivent guider notre détermination : la meilleure des deux opérations sera celle qui nous permettra de dépasser le plus sûrement les limites du néoplasme, mais aussi celle qui, toutes choses égales d'ailleurs, compromettra le moins la vie de la femme.

Il n'est pas douteux que l'hystérectomie totale ne réponde mieux à la première indication que l'hystérectomie partielle et c'est à cette considération que j'ai obéi en pratiquant ma première opération dont je vous ai donné ici les résultats, il y a quelques années. Le raisonnement des partisans de l'hystérectomie totale est donc sous ce rapport absolument inattaquable.

Mais, d'autre part, est-il bien nécessaire, dans le cancer nettement limité au col, d'enlever l'utérus intégralement pour être certain d'avoir retranché la totalité du mal? Je crois qu'aucun de nos collègues ne pourrait l'affirmer. Les faits d'ailleurs viennent en grand nombre nous démontrer que la récidive n'est pas plus rapide après l'extirpation cunéiforme du col qu'après l'extirpation totale : je pourrais encore citer à l'appui de cette opinion le cas d'une femme que j'ai opérée par cette méthode il y a trois ans et demi (en juillet 1885) et qui jouit actuellement de la santé la plus parfaite.

Les statistiques lues ici par M. Pozzi n'ont-elles pas même fourni ce résultat singulier que l'hystérectomie partielle a donné une guérison complète de plus longue durée que l'extirpation totale? Il n'en faudrait pas conclure évidemment que la première est plus curative que la seconde, mais elles n'en prouvent pas moins que l'extirpation partielle est susceptible de donner une longue survie.

M. Bouilly s'est élevé contre les opérations parcimonieuses appliquées à la cure radicale du cancer en général et il a parfaitement raison, mais cependant, en toutes choses, il faut une juste mesure. Est-ce que, par exemple, notre judicieux collègue amputerait la verge à sa racine pour un épithéliome limité au bout du gland, ou la langue à sa base pour un cancer de la pointe ?

On répète constamment que nous enlevons bien par précaution la totalité de la mamelle dans le cancer circonscrit du sein, mais y a-t-il en vérité une comparaison à établir entre cette opération et l'ablation totale de l'utérus? Les statistiques de M. Pozzi n'arriveront pas jusqu'à nous persuader que cette dernière n'est pas beaucoup plus grave que l'autre.

Si donc, théoriquement, l'amputation totale offre plus de sécurité, au point de vue de la récidive, que l'amputation partielle, cela ne me paraît pas démontré par les faits.

Quant à la seconde raison tirée de la gravité de l'opération, elle n'est pas, je pense, discutable. Nous avons certes notablement

perfectionné la technique de l'hystérectomie totale, et le nombre des succès opératoires ira sans doute en croissant, mais on ne risque pas de se tromper, en affirmant que cette opération fera toujours courir à la malade de plus grands dangers de mort, j'estime dans de fortes proportions, que l'hystérectomie partielle, celle-ci fût-elle portée très haut au sein du tissu utérin. Si l'hystérectomie totale ne donne pas de meilleurs résultats que l'hystérectomie partielle, tout en étant plus grave, elle est bien près d'être condamnée, du moins pour ce cas particulier.

Quant à moi, je suis absolument décidé, en présence d'un épithéliome du col utérin bien limité, à ne pratiquer dorénavant que l'amputation conoïde ou supra-vaginale et je ne saurais accepter l'aphorisme formulé par M. Pozzi: « plus le cancer est limité, plus l'opération doit être étendue. »

Pour établir la discussion précédente, j'ai supposé un cas type où le diagnostic n'est pas douteux; mais la clinique est loin de nous montrer toujours les faits sous une apparence aussi nette, et ce n'est quelquefois pas un minime embarras que de déterminer si le cancer a franchi ou non les limites accessibles à une extirpation partielle; ce serait même, d'après M. Terrier, impossible dans certaines circonstances où l'on trouve des noyaux épithéliaux isolés siégeant au-dessus du foyer principal. Dans tous les cas, s'il existe des doutes sérieux et à plus forte raison si le corps de l'utérus paraît envahi, c'est alors que l'hystérectomie totale reprend tous ses droits et constitue la seule ressource rationnelle.

Dans ma pensée, je ne crois donc pas que l'on doive établir un parallèle entre ces deux opérations; elles répondent, comme l'opération palliative elle-même, à des indications différentes, et c'est à bien rechercher celles-ci que nous devons principalement nous attacher.

L'opération palliative vise un accident du cancer, et c'est pur hasard si l'ablation intra-vaginale, en particulier avec l'écraseur linéaire, telle que la pratique M. Verneuil, devient curative.

L'extirpation cunéiforme ou supra-vaginale convient à l'épithélioma limité au col utérin.

Lorsque le corps de l'utérus est envahi, c'est à l'hystérectomie totale qu'il faut avoir recours.

A plus forte raison, cette dernière opération est-elle la seule indiquée lorsqu'au lieu de débuter par le col, le cancer envahit d'emblée le corps de la matrice, ce qui, d'ailleurs, est exceptionnel.

Mais l'hystérectomie totale elle-même ne sera indiquée que si le néoplasme n'a pas dépassé les limites de l'utérus, et, pour

mon compte, je la repousse absolument lorsque les culs-de-sac du vagin sont intéressés.

L'hystérectomie partielle étant réservée aux cas relativement simples et bénins et l'hystérectomie totale aux cas plus compliqués, il ne serait ni juste, ni logique, de comparer entre eux les résultats, lesquels seront évidemment beaucoup plus favorables à la suite de la première de ces deux opérations.

L'hystérectomie totale est donc seulement applicable aux cas qui échappent à tout autre genre d'opération, et ses effets doivent être, en réalité, comparés à ceux de l'abstention pure et simple.

L'intervention chirurgicale, dans le traitement du cancer de l'utérus, doit être, en définitive, posée de la façon suivante :

Étant donné un cas qui n'est pas justiciable de l'hystérectomie partielle, que faut-il faire? Assister,les bras croisés, à l'évolution fatale de la maladie, ou bien pratiquer une opération destinée à soulager et à prolonger l'existence? La réponse ne me paraît pas douteuse.Poursuivons donc dans cette voie,et malgré ses indications limitées, l'hystérectomie vaginale constituera encore, ainsi que le disait mon regretté maître Gosselin, un moyen d'action précieux contre une affection devant laquelle nous étions jusqu'ici complètement désarmés.

M. Richelot. J'ai dit, dans l'avant-dernière séance, que, si plusieurs d'entre nous préfèrent l'hystérectomie à l'amputation partielle de l'utérus, c'est parce qu'ils espèrent en obtenir, pour un certain nombre de cas, la guérison définitive. Il ne faut pas moins, à mon sens, qu'un pareil motif pour nous autoriser à choisir, des deux interventions, la plus hasardée, celle qui, en dépit des progrès de la statistique, aura toujours à son passif le plus d'échecs opératoires. Aussi pensais-je qu'il était moins intéressant de calculer la survie moyenne des opérées, que de compter le nombre des récidives.

M. Verneuil a vivement protesté, et M. Kirmisson a déclaré qu'aucun chirurgien ne pouvait penser sérieusement à la cure radicale du cancer de l'utérus. Cependant, depuis qu'il y a des cancers, tous les chirurgiens me paraissent agir comme s'ils croyaient à la guérison; tous, au moins, font des efforts pour la rendre possible. Je crois même que presque tous les chirurgiens, d'une expérience un peu longue, ont par devers eux un ou plusieurs faits qui la démontrent.

J'ajouterai maintenant : si ce n'est pas là notre pensée et notre espoir, je me demande pourquoi mes collègues et moi nous avons fait l'hystérectomie, et je les prierai de m'édifier sur ce

point. S'il est prouvé d'ores et déjà qu'on ne peut demander à l'ablation totale de l'utérus que des résultats palliatifs, je n'hésite pas à le déclarer, notre pratique est mauvaise et M. Verneuil a raison. Voici les arguments sur lesquels je m'appuie :

Il faut bien avouer qu'il n'est pas absolument légitime de comparer le cancer de l'utérus au cancer du sein. Dans ce dernier cas, nous avons sous la main la glande mammaire, le trajet lymphatique et les ganglions de l'aisselle; nous pouvons tout enlever. L'hystérectomie, au contraire, ne supprime que l'utérus; les lymphatiques du ligament large et les ganglions pelviens lui échappent. Quand la récidive se produit, c'est apparemment — d'après les notions acquises sur l'évolution des néoplasmes — que nous avons laissé quelques traînées microscopiques de cellules cancéreuses aux limites du foyer opératoire ou dans les glandes éloignées. Or, du moment que ces germes de récidive existent, il n'y a pas de raison pour qu'ils se développent une heure plus tard après l'ablation de l'utérus qu'après l'amputation du col. J'excepte naturellement les sections timides qui portent sur des bourgeons épithéliaux en pleine activité, et qui entraînent des repullulations immédiates. Mais, cette réserve faite, je ne vois aucun motif pour que l'hystérectomie donne un meilleur résultat palliatif, c'est-à-dire une survie plus longue.

Mais ce qui est possible, et ce que nous espérons, c'est que, dans un cas donné, l'ablation totale enlève tous les germes de récidive non encore propagés aux annexes, tandis qu'une amputation partielle en aurait laissé quelques-uns; en d'autres termes, que la première donne une guérison radicale là où la seconde n'aurait donné qu'un résultat palliatif. Car la suppression des germes de récidive, qu'est-ce autre chose, sinon la guérison radicale? Voilà comment la survie, après l'ablation totale de l'utérus, ne peut être plus longue que si elle est illimitée; et voilà comment la seule raison d'être de l'hystérectomie est la recherche d'une guérison complète.

Cette recherche est-elle une illusion? Je le veux bien; et si on me le démontre un jour, sans doute je n'abandonnerai pas l'hystérectomie vaginale et je m'applaudirai, au contraire, de l'avoir étudiée; mais je la réserverai aux cancers qui envahissent notoirement la muqueuse utérine et à ceux qui débutent par elle. Pour les cancers limités au col, je ferai, non pas la sous-vaginale avec l'écraseur, mais la sus-vaginale en incisant au bistouri, dégageant le segment inférieur de l'utérus, décollant le péritoine sans l'ouvrir, et coupant le plus haut possible. Je ferai ainsi une opération dont les suites sont très bénignes; en ne laissant, pour ainsi dire, que le fond de l'utérus et en faisant une large résection des culs-

de-sac vaginaux, j'éviterai les repullulations immédiates, et j'aurai des survies aussi longues qu'après l'hystérectomie.

Et maintenant, dans combien d'années la question sera-t-elle jugée ? Quand pourrons-nous dire si nos malades sont guéries ? La réponse n'est pas facile aujourd'hui, et voilà ce qui donne à M. Verneuil la partie belle. Les statistiques étrangères nous aident médiocrement; leurs résultats paradoxaux montrent surtout que la pratique des chirurgiens a varié depuis la renaissance de l'hystérectomie vaginale, et qu'elles rapprochent des faits disparates. La lecture d'un relevé général ne prouve rien; c'est le détail des observations qu'il faudrait avoir sous les yeux. Aussi l'étude de nos faits personnels vaut-elle mieux, pour chacun de nous, qu'un long travail d'érudition; et j'estime que les miens, si peu nombreux qu'ils soient, ne seront pas longtemps sans me donner une opinion ferme.

En tenant compte seulement des hystérectomies vaginales pour cancer, mes guérisons opératoires, comme je vous l'ai dit, sont au nombre de 15 : 7 guérisons persistantes, 6 récidives, 2 opérations inutiles faites pour des cancers propagés aux annexes, et qui sont des erreurs de pratique.

A ne considérer que les deux premières séries, il existe entre elles une différence capitale. Les 6 malades aujourd'hui perdues avaient des cancers déjà volumineux, approchant des culs-de-sac vaginaux ou les touchant même, et remontant plus ou moins dans la paroi utérine. Voilà les cas où la partie me semble perdue d'avance, où l'hystérectomie ne peut plus avoir qu'un résultat palliatif, où je dis maintenant — passez-moi une expression triviale — que « le jeu n'en vaut pas la chandelle ». Je l'ai appris à mes dépens; et je prie ceux de mes collègues qui se sont réservés plus que moi, de considérer que leur expérience vient un peu de ce que d'autres se sont compromis à leur place.

Les 7 malades guéries actuellement avaient, au contraire, des cancers peu développés, occupant une des lèvres, ou la moitié inférieure de la cavité cervicale, ou encore une faible épaisseur de la paroi. Celles-là sont dans de bonnes conditions en apparence, et je compte sur elles pour être édifié dans un avenir assez prochain. Si, dans deux ans, je les ai perdues ou si je n'en conserve qu'une ou deux par hasard, il faudra bien modifier mon opinion dans le sens que j'indiquais tout à l'heure. Si, au contraire, je les conserve toutes ou si je n'en perds qu'une; si, en outre, quelques nouvelles opérées dans les mêmes conditions favorables — sécurité opératoire et sécurité relative pour l'avenir — s'ajoutent à la série; si j'ai, par suite, 6 ou 7 malades ayant passé deux ans, trois ans et quatre ans, avec une nouvelle série paraissant mar-

cher sur leurs traces; j'aurai alors le droit, non de porter sur ces malades un jugement absolu. — car on voit quelques survies plus longues aboutir à la récidive, — mais de déclarer que les opérations partielles n'ont jamais donné d'aussi bons résultats, et que nous pouvons encore, avec les indications précises dès maintenant connues, pratiquer l'hystérectomie vaginale.

M. Marchand. Des deux méthodes principales qui se disputent la préférence dans l'intervention armée contre le cancer de l'utérus, l'excision partielle a, pendant de longues années, réuni sur elle la majorité des suffrages. L'extirpation totale, à peu de distance de son origine, était tombée dans un profond oubli. Un chirurgien allemand, Czerny, la ressuscita, dans le but d'offrir une suprême ressource, lorsqu'il ne pouvait plus être question d'une opération moins hasardeuse; mais depuis quelques années déjà, elle a bénéficié d'un regain de faveur tel, qu'elle menace dans son existence même l'excision partielle. Ses adeptes en sont arrivés à simplifier singulièrement l'embarras du clinicien dans le choix des méthodes ou des procédés qui se disputaient le traitement chirurgical du cancer utérin. Pour eux, une manifestation cancéreuse de l'utérus n'affectât-elle qu'une partie très limitée du col, reconnue dès son début, est justifiable aussitôt et sans hésitation de l'extirpation totale de l'utérus par le vagin.

Les motifs qu'on invoque pour justifier cette préférence sont :

1° La bénignité relative de l'hystérectomie vaginale;

2° La survie plus considérable des opérées qui ont subi l'extirpation totale, en raison de l'absence ou de la rareté des récidives.

La première question ne peut être jugée que par l'apport et la comparaison d'un nombre de faits aussi considérables que possible, ainsi que de leurs résultats immédiats et éloignés. Bien que le nombre des cas que je possède soit relativement restreint, il démontre pourtant et l'innocuité relative des excisions partielles et leur efficacité. En cela j'en fais immédiatement la remarque, ils concordent avec ce qu'a avancé M. Verneuil, ainsi qu'avec la statistique de Hofmeier citée par M. Pozzi.

J'ai pratiqué depuis 1878 l'*extirpation du col de l'utérus* pour cancer 18 fois : 4 fois au moyen de l'*écraseur linéaire*, 8 fois avec l'*anse galvano-caustique ;* depuis 1884, 6 fois j'ai pratiqué au *bistouri* l'amputation supra-vaginale. Ces 18 opérations m'ont donné 2 *décès*, l'un à la suite d'une ouverture assez large du cul-de-sac de Douglas par l'anse galvano-caustique; l'autre, dans un cas d'amputation supra-vaginale, fut causée par une péritonite.

Des quatre premières malades opérées avec l'*écraseur linéaire* après abaissement préalable du col :

Une est guérie depuis sept ans; elle était encore sans trace de récidive il y a six mois. Il s'agissait d'un épithélioma du col reconnu tel à la suite d'un examen histologique pratiqué par un anatomiste des plus compétents.

La seconde a succombé quinze mois après l'opération à une récidive dans le bassin.

La troisième a survécu quatorze mois, mais j'avais pu constater les traces d'une récidive locale quatre mois après l'excision du col.

La quatrième après guérison opératoire a été perdue de vue.

L'*anse galvanique* m'a donné sept *succès opératoires* et un *décès* mentionné plus haut.

Les sept succès ont pourtant fourni deux *accidents :*

Une de mes malades eut une eschare de la vessie qui en se détachant donna lieu à une fistule vésico-vaginale. Elle guérit très bien malgré cet accident et survécut dix-huit mois. Elle a succombé à une récidive.

Une seconde malade opérée dans mon service de l'hôpital Cochin au mois d'août 1883, eut une péritonite pelvienne suppurée, et guérit, à la suite d'une ponction qui donna issue à 1000 grammes de liquide séro-purulent. J'ai revu cette semaine même, la malade qui est encore parfaitement guérie sans trace de récidive. Il s'agissait d'un épithélioma ayant débuté par la muqueuse vaginale du col et donnant lieu à des hémorrhagies abondantes.

Deux ont été opérées dans le service de M. Tarnier. L'une d'elles a été revue par moi, dix-huit mois après son opération, en excellent état de santé. La seconde fut débarrassée d'un col très volumineux, végétant, qui avait amené la malade au dernier degré de l'anémie par des hémorrhagies et des pertes ichoreuses abondantes. Elle guérit très bien et revint pendant un an se présenter de temps à autre à mon examen.

Une autre malade opérée dans des conditions presque identiques a survécu un an, et fut très améliorée pendant quelques mois. Chez une autre opérée, à l'hôpital Saint-Antoine, l'opération fut incomplète et incomplets aussi les résultats. Aucun accident opératoire du reste; mort trois mois après l'intervention.

Une femme de 35 ans, ne survécut que 8 mois. Il s'agissait manifestement d'un épithélioma qui avait débuté par la muqueuse cervicale et que je n'hésiterai pas aujourd'hui à soumettre à l'hystérectomie totale.

Cette première série a fourni :

1 décès.
1 malade perdue de vue après l'opération.

2 malades guéries encore après.	7 ans. 5 —
2 malades suivies sans récidive pendant.	18 mois. 12 —
3 morts de récidive après	18 mois. 15 — 14 —
3 morts de récidive après	12 mois. 8 — 4 —

De mes six opérées par le *bistouri :*

Une a succombé à l'opération. C'était une femme de 36 ans, opérée par moi à l'hôpital Saint-Antoine, le 29 février dernier. Elle portait une ulcération épithéliale au pourtour du museau de tanche, mais respectant bien sa cavité. L'induration sur laquelle reposait l'ulcération était parfaitement limitée. L'opération ne présenta rien de particulier, l'examen de la pièce était très satisfaisant, car l'altération organique avait été partout largement dépassée. La malade succomba le cinquième jour à une péritonite généralisée.

Une autre malade, opérée avec l'assistance de notre collègue Horteloup, dans son service, a succombé onze mois après, à une récidive dans les ligaments larges. J'avais eu l'occasion d'examiner cette malade cinq mois après l'opération et j'avais pu constater à ce moment un état local excellent.

Une malade, opérée avec l'assistance de mon confrère Reulos, de Villejuif, a survécu trente mois à l'opération et a succombé à une généralisation de son affection organique.

Trois autres malades, opérées dans le service de M. Tarnier, ont guéri sans accident et sont parties en très bon état. Je n'ai pu revoir qu'une d'elles. La femme G..., âgée de 36 ans, opérée le 26 janvier 1885, était sans aucune trace de récidive au mois de novembre 1888.

En résumé 18 excisions partielles de l'utérus pour des affections épithéliales du col, la presque totalité soumise à l'examen histologique, et notamment les pièces provenant de la malade dont la survie actuelle est de sept ans (examen fait par M. Troisier dans le laboratoire de M. Vulpian), ont donné 16 guérisons opératoires et 2 décès.

J'ai pratiqué 7 fois l'*hystérectomie vaginale*, toujours dans des cas très avancés, alors que le col largement détruit ne permettait

plus d'autre intervention rationnelle. J'ai eu 4 décès et 3 guérisons opératoires.

Sur les quatre décès, un est imputable au choc opératoire; un à une péritonite aiguë septique; deux autres à la pelvi-cellulite. De mes trois opérées guéries, une est morte dix-sept mois après l'opération, de récidive dans le petit bassin; une autre a succombé, après quatre mois, à des accidents d'étranglement interne. La troisième, opérée au mois de mai dernier, est toujours en bon état.

Ces sept extirpations totales m'ont fourni trois accidents opératoires :

Le plus grave eut lieu au cours de ma seconde opération. Il s'agissait d'un utérus dont le col largement détruit semblait cependant très mobile et me paraissait devoir s'abaisser facilement. J'ai appris depuis lors à me méfier de ces fausses mobilités. Toujours est-il que ce temps de l'opération ne s'exécuta que fort incomplètement et que le tissu paramétral largement envahi par la néoplasie dût être disséqué au milieu de difficultés de toutes sortes. L'opération fut très longue, très pénible, et le bas-fond de la vessie largement ouvert, sans que je m'en sois aperçu qu'après l'extraction de l'organe. La malade succomba trente-six heures après cette malheureuse intervention.

Dans ma première opération, une eschare du rectum déterminée par l'application défectueuse d'une pince, amena une fistule recto-vaginale qui se ferma spontanément au bout de quelque temps.

Enfin chez la malade qui succomba après quatre mois de guérison à des phénomènes d'obstruction intestinale, j'eus à combattre une hémorrhagie sérieuse provenant du glissement d'une des ligatures qui enserrait le paramètre gauche. Je pus cependant saisir le vaisseau et y laisser une pince à demeure.

Je ne prétends certes point juger de la valeur de l'hystérectomie vaginale sur ces quatre cas malheureux. Le nombre de mes observations est bien restreint si je le compare aux chiffres fournis par quelques chirurgiens, et peut-être l'avenir me réserve-t-il d'heureuses compensations. J'ai la consolation, en tout cas, de n'avoir point fait courir de grands risques à mes malades, puisque toutes étaient dans des conditions qui ne leur permettaient plus aucun espoir dans le temps.

Les partisans de l'extirpation totale quand même, reconnaissent que leur statistique s'améliore à mesure que le nombre des opérations s'accroît, que la technique et l'habileté opératoire se perfectionnent. Personne, certes, ne niera les progrès que l'expérience permet à chacun de réaliser. Pourtant il faut tenir compte d'un autre facteur dans l'explication des résultats obtenus. Car cette augmentation du nombre des succès qui fait tomber la mortalité à

près de 17 0/0, a coïncidé avec une extension que je considère comme abusive du domaine de l'hystérectomie. Il n'existe en effet aucune comparaison entre la somme des dangers que fait courir l'extirpation d'un utérus à peu près sain, avec celle d'organes dont le col est aux trois quarts détruit et le corps plus ou moins hypertrophié.

Les risques sont à coup sûr en raison directe des difficultés de l'exécution. Pour en être convaincu, il suffit d'avoir assisté à l'extirpation d'un de ces utérus petits, très mobiles, qui sortent facilement hors de la vulve sous l'influence de tractions modérées et ne présentent encore que des lésions jeunes, n'entamant que superficiellement la portion sous-vaginale.

En résumé, actuellement encore, les meilleures statistiques établissent que la mortalité opératoire est supérieure de moitié à celle des hystérectomies partielles.

Pour justifier donc le choix exclusif de la nouvelle méthode, pour que son choix s'impose, il est nécessaire que les résultats éloignés soient d'une supériorité démontrée.

Or, à l'époque actuelle, sommes-nous autorisés à avancer que la chirurgie possède le moyen, tant de fois cherché, de guérir radicalement le cancer? Personne n'oserait le soutenir et les faits si nombreux que nous possédons, et que confirme l'expérience de chaque jour, montrent à tel point l'insuffisance des meilleures opérations, que d'excellents esprits, en désespoir de cause, sont en voie de chercher cette guérison que leur refuse la chirurgie, dans des méthodes qui sont du ressort de la médecine.

Pour résumer, je pense que le critérium d'une bonne opération dirigée contre le cancer en général, aussi bien contre celui de l'utérus que pour la même lésion affectant un autre organe, c'est l'absence de récidive locale. Lors même que les malades succombent à la reproduction de la néoplasie dans des régions inaccessibles, si cette dernière ne reparaît point dans le siège d'où l'a enlevée l'acte opératoire, l'art a donné ce qu'il peut fournir, et on ne peut lui demander davantage.

Des faits nombreux, et qui se multiplient avec le nombre des opérations, viennent chaque jour donner un démenti aux espérances qu'avait fait naître dès le début l'hystérectomie vaginale.

La question des récidives est actuellement jugée par des faits, presque aussi nombreux que les opérations elles-mêmes. Mais ce qui a dû intéresser les premiers observateurs, c'est que cette récidive a son siège dans la région immédiatement contiguë à l'organe extirpé. Ce sont, en effet, les paramètres, les restes des ligaments larges, les ganglions pelviens ainsi que leur atmosphère celluleuse, qui en sont le siège presque obligé.

Des opérateurs frappés de la fréquence de la récidive dans le moignon cicatriciel ont pensé qu'il fallait incriminer la muqueuse vaginale, et ils ont donné le conseil d'exciser toujours une assez large zone de cette membrane.

Deux fois j'ai pu m'assurer que c'est sous la muqueuse, dans le tissu paramétral qui double les culs-de-sac latéraux, lequel n'est qu'une dépendance du tissu cellulaire intra-pelvien, que le mal se reproduit. La récidive suit souvent de très près du reste l'intervention, et, pour ne citer que des documents étrangers, Sänger l'a constatée au bout de cinq mois, Schröder de quatre mois, Billroth de trois mois, puis de quatre semaines, Teuffel de six semaines, etc.

Ces faits montrent bien que c'est dans la zone celluleuse péri-utérine que l'affection marche de préférence, dans un tissu précisément contre lequel ne peut rien ou presque rien l'action opératoire, quel que soit du reste le procédé mis en usage, pinces ou ligatures.

Le tissu dense et compact de l'utérus se prête moins facilement à l'infection, et je reste convaincu que si l'instrument tranchant a mordu à une profondeur suffisante, la récidive ne se fait que rarement dans les restes de l'organe mutilé.

L'anatomie pathologique nous apprend enfin que les lésions organiques de l'utérus se systématisent volontiers, et que le cancer du col s'arrête presque toujours au niveau de sa jonction avec le corps; qu'en tout cas il ne dépasse cette limite que tout à fait exceptionnellement. D'un autre côté, les altérations organiques débutant par le corps n'ont aucune tendance à envahir le col.

On a signalé quelques faits qui semblent en contradiction avec cette règle générale; 4 fois sur 17 on aurait constaté des noyaux néoplasiques isolés dans le corps d'utérus affectés de cancer dans leur portion cervicale. Ces foyers étaient situés, du reste, à une distance suffisante pour qu'on ne pût admettre de continuité entre eux et la néoplasie primitive.

L'autorité des gynécologistes les plus compétents autorise à ne voir là qu'une exception à la règle générale. Ces nodules pourraient, du reste, être considérés comme des noyaux secondaires consécutifs à la généralisation, à l'infection, sans rapports directs avec la manifestation primitive dont ils ne faisaient point partie.

Il est possible de conclure, des faits et des considérations qui précèdent, que l'hystérectomie vaginale totale offre une gravité plus considérable que les opérations dites partielles, sans mettre bien plus sérieusement à l'abri des récidives locales que ces dernières.

Je ne suis point d'avis pourtant que l'hystérectomie doive être rejetée complètement de la pratique, comme cela a eu lieu à la suite de ce que j'appellerais volontiers sa première période.

Mais tout en tenant compte des perfectionnements qui lui ont été

apportés, ces indications doivent rester limitées à des lésions bien déterminées; et je la réserverai comme une ressource extrême dans les cas où aucune autre intervention n'est possible après une appréciation exacte des conditions présentées par l'affection et la malade. Le cancer primitif du corps de l'utérus, s'il peut être reconnu assez tôt, est encore justifiable de ce moyen.

Mais c'est surtout pour les affections organiques qui débutent par la cavité cervicale et possèdent une puissance d'infection si bien mise en relief par Schröder, qu'elle doit être hardiment conseillée. En dehors de ces cas, je ne me croirais point autorisé en présence de deux voies conduisant à des résultats identiques à choisir la plus périlleuse.

M. Reynier. Au début du travail très intéressant qu'il nous a lu, M. le professeur Verneuil se défendait de vouloir établir un parallèle entre l'hystérectomie vaginale et l'amputation du col dans le traitement du cancer utérin; mais comme le faisait remarquer M. Bouilly, ce parallèle s'imposait par le fait même de ses observations, et M. Verneuil était amené à la fin de son travail à donner son appréciation sur les deux opérations. Or cette appréciation était peu flatteuse pour l'hystérectomie.

Ceux qui croient à l'avenir de cette opération, et j'avoue que je suis de ce nombre, devaient être impressionnés par cette attaque, d'autant plus qu'on est mal préparé pour répondre. Il faudrait de nombreuses observations suivies pendant de longues années, pour pouvoir justifier ses préférences. Or, les statistiques manquent, si on ne veut avoir recours qu'aux statistiques françaises. L'opération ne se fait que depuis trois ans dans notre pays; et les faits connus sont de date trop récente pour avoir une grande valeur dans le débat.

Ils nous apprennent seulement quelles sont les indications et les contre-indications opératoires, révélées malheureusement par un certain nombre d'insuccès du début; mais ils ne peuvent nous servir dans le débat actuel que pour nous montrer que, faite dans des conditions bien déterminées, l'hystérectomie vaginale tend à devenir chaque jour de moins en moins dangereuse. Et, faute d'éléments suffisants, on ne gagnera pas à prolonger cette discussion, née 3 ans trop tôt et qui risque de se continuer sans qu'on puisse s'entendre; car, comme le faisait remarquer M. Richelot, les partisans de l'une ou l'autre opération partent, pour discuter, d'un point de départ absolument différent.

M. Verneuil nous le dit, il cherche le meilleur traitement palliatif du cancer utérin, et c'est comme opération palliative qu'il propose l'amputation vaginale. Ceux qui font l'hystérectomie ont évi-

demment des visées plus hautes pour justifier leur opération, plus sérieuse, incontestablement.

En face d'un cancer utérin, il semble dur d'en être réduit à une opération palliative, qui donne aux malheureux quelques mois de survie, mais en risquant de leur abréger le peu d'existence qui leur restait par le fait de leur cancer : soit, ce qui est rare, en les faisant mourir immédiatement ; soit, ce qui est plus fréquent, en donnant un coup de fouet à la lésion enlevée incomplètement. Traitement palliatif pour traitement palliatif, je préfère le plus anodin, et je tenterai plutôt de prolonger la vie de mes malades par les pansements, le curage, et de leur éviter la douleur par les narcotiques.

Mais, n'en déplaise à mon collègue et ami M. Kirmisson, il nous semble qu'on peut essayer de lutter plus, et qu'il soit permis de tenter des opérations curatives, avec droit d'espérer ce que M. Richelot nommait la guérison radicale.

Nous savons tous très bien que vis-à-vis d'un cancer nous ne pouvons malheureusement pas avoir la prétention de faire des cures radicales dans le sens strict du mot, et dire que, le cancer enlevé, il ne reviendra pas. Il y a la diathèse, qu'on ne peut guérir. Mais, si on enlève un néoplasme, si ce néoplasme ne revient pas sur place, ni dans les ganglions avoisinants, lors même qu'il apparaîtrait plus tard sur un autre point de l'économie, nous sommes en droit de dire que nous avons fait une cure radicale de la lésion locale. J'en ai eu un exemple dernièrement : ayant enlevé un carcinome de la mamelle, j'ai pu suivre la malade et je l'ai vue mourir quatre ans après d'un cancer de la moelle, sans que rien ne fût revenu dans le sein ou dans l'aisselle opérée. Pourquoi ne pourrions-nous pas avoir les mêmes résultats pour le cancer utérin ?

Nous pouvons encore être heureux de ce que nous avons fait, si la récidive ne survient que de longues années après, six ou sept ans, comme nous en voyons des observations dans la statistique de Martin. Une récidive à si longue échéance ne peut pas être considérée comme une récidive de la lésion primitive, mais comme la manifestation de la diathèse qui a fait naître la première lésion, et qui fait naître la seconde.

Ce sont ces résultats que je cherche ; quand je me décide à opérer un cancer utérin en face d'un mal aussi grave, je choisis de préférence l'opération qui me semble devoir me donner le plus souvent les longues survies, non pas de quelques mois, mais d'années ; et peu m'importe que l'opération soit plus ou moins facile, plus ou moins dangereuse, du moment qu'elle est faisable, et qu'elle ne fait courir, nous disent tous nos collègues, que des risques limités.

Aussi ai-je fait bien plus attention, en écoutant le mémoire de M. Verneuil, à ces deux cas de survie de sept ans ou de cinq ans, qu'à ce travail d'arithmétique par lequel il arrive à établir pour chacune de ces malades une moyenne de survie de quelques mois.

Il est évident que si on le veut suivre dans ces calculs, les partisans de l'hystérectomie n'auront pas l'avantage; la moyenne d'une statistique d'opérations remontant pour quelques-unes seulement à trois ans doit être inférieure à celle d'une statistique qu'on a commencée il y a trente ans.

La question suivante, pour moi, est la seule qui doive servir de base à la discussion. Quelle est l'opération qui donnera le plus souvent des survies de longue durée?

Or, si on se place à ce point de vue, théoriquement tout au moins, et j'espère pratiquement, car le contraire serait, comme l'a dit M. Trélat, bien paradoxal, l'hystérectomie doit avoir l'avantage sur l'amputation vaginale.

Comme l'ont fait remarquer tout ceux qui ont pris la parole, nous ne connaissons jamais exactement l'étendue d'une lésion maligne. L'infiltration qui se fait par la voie des lymphatiques le long des interstices musculaires défie tout diagnostic. Et cette phrase qu'a prononcée M. Verneuil, « l'exérèse doit être proportionnelle au mal », qui paraît au premier abord devoir être indiscutable, peut recevoir très difficilement son application en pratique; car nous ne connaissons pas le mal. Nul clinicien n'oserait affirmer les limites précises d'une lésion, qu'il a reconnue maligne.

Les faits signalés par M. Terrier et Pozzi, de noyaux cancéreux trouvés à l'examen histologique dans le corps utérin, et qu'on ne pouvait diagnostiquer avant l'opération pratiquée pour un cancer du col, viennent apporter un nouvel appui à cette manière de voir.

Pour nous ébranler, il faudrait qu'il nous fût démontré, ce qui me paraît bien improbable, que l'hystérectomie vaginale *faite dans les mêmes conditions* que l'amputation sous-vaginale ne donne pas de meilleurs résultats.

Car celle-ci peut, je le reconnais, donner de bons résultats, M. Verneuil nous le prouve en citant deux exemples de survie à longue échéance, et dans ces cas il a fait une véritable opération curative.

Mais on peut lui objecter qu'il a mis plusieurs années à réunir ces 22 observations; qu'il a donc dû opérer les cas les plus favorables, et que sa statistique ne saurait être comparée à celle de nos collègues qui ont opéré des cancers plus ou moins limités au col. Qui sait si M. Verneuil n'aurait pas eu encore plus de résultats

favorables s'il avait pratiqué sur ces malades l'hystérectomie au lieu de l'amputation sous-vaginale ?

Nous pouvons enfin faire remarquer à M. Verneuil qu'il a peut-être eu affaire à une série heureuse. On se tromperait si on jugeait la bénignité de l'hystérectomie d'après les statistiques de quelques opérateurs : par exemple, de celles de Klotz, 17 opérations, 0 mort; de Brennecke, 21 opérations, 0 mort; de Heilung, 22 cas, 1 mort.

Nous voudrions, sans avoir recours aux statistiques étrangères, qu'on peut toujours discuter, que nos collègues viennent nous parler de leurs amputations vaginales, exposer leurs succès et leurs revers, comme l'ont fait les partisans de l'hystérectomie. Nous saurons ainsi pourquoi cette opération, si vantée autrefois, est tombée dans un discrédit que reconnaît M. Verneuil, et dont il désire la tirer.

Pour mon compte, je n'ai fait que deux amputations du col, et j'ai eu deux récidives avant la cicatrisation.

Pour mes deux hystérectomies, je ne sais si la récidive sera proche, mais au moins j'ai eu le plaisir de les voir s'en aller guéries.

M. Routier. Au dernier congrès de chirurgie, en mars 1888, j'eus l'honneur de lire un travail sur le diagnostic et les indications thérapeutiques du cancer de la muqueuse du corps de l'utérus, travail basé sur trois observations.

Comme moyen de traitement, je n'avais pas le choix : un procédé opératoire, l'hystérectomie totale, était seul rationnel, et s'imposait; j'ajouterai même l'hystérectomie par la voie vaginale.

Mes trois malades ainsi traitées par l'hystérectomie vaginale sont toutes trois guéries de mon opération, je reviendrai tout à l'heure sur la survie qu'elles ont présentée.

A ces trois hystérectomies vaginales, je puis aujourd'hui en ajouter quatre autres, toutes aussi guéries de l'opération.

Par ordre de date, ces hystérectomies nouvelles se répartissent ainsi :

La première, quatrième de ma statistique, a encore été faite pour un cancer de la muqueuse du corps de l'utérus.

La seconde, cinquième de ma statistique, était une femme cachectique présentant cliniquement tous les symptômes du cancer intra-utérin; pièces en main, je croyais encore à l'exactitude de mon diagnostic; mais l'histologie a montré que la tumeur sessile qui proéminait sur la muqueuse de la cavité utérine était une variété de métrite chronique toute spéciale, localisée, et à laquelle M. le professeur Cornil, qui l'a

examinée, propose d'appliquer le nom d'adénome de la muqueuse du corps de l'utérus.

La troisième, sixième de ma statistique, a été pratiquée pour un fibrome sessile du fond de l'utérus provoquant des hémorrhagies profuses qui menaçaient la vie de la malade à bref délai.

Chez la quatrième enfin, septième de ma statistique, l'hystérectomie vaginale m'a paru la seule ressource qu'il restât à employer contre une chute de l'utérus qui avait résisté à quinze mois de traitements divers.

De ces observations, il m'est permis de tirer des conclusions au point de vue :

1° De la bénignité relative de l'hystérectomie vaginale;

2° De sa valeur thérapeutique contre le cancer.

Pour élucider ma seconde proposition, il me reste à passer en revue les quatre hystérectomies que j'ai pratiquées contre des cancers.

Je rappellerai ce que je disais dans mon mémoire lu au congrès, c'est que l'impossibilité d'abaisser l'utérus a toujours été pour moi une contre-indication formelle à l'hystérectomie vaginale.

Mes quatre malades opérées avaient un cancer intra-utérin.

Chez toutes le col était ou paraissait en parfait état.

La première, âgée de 55 ans, ayant dépassé la ménopause depuis quatre ans, était malade depuis quatorze mois au moment de mon opération, pratiquée le 2 juin 1887, avec l'aide de mon maître et ami M. le Dr Terrier. Elle a survécu six mois à l'hystérectomie et est morte de carcinose généralisée à tout l'abdomen. Au préalable elle avait subi un curetage utérin, et l'examen histologique des morceaux ainsi enlevés avait été négatif quant à la malignité du néoplasme. L'examen de la pièce entière n'a pu être fait malheureusement; l'infirmière trouvant l'odeur de cet utérus tellement épouvantable, l'emporta et le fit disparaître pendant que nous finissions le pansement.

La seconde âgée de 57 ans, ayant dépassé la ménopause depuis cinq ans, était malade depuis trois ans, et avait, pendant cette période, subi deux fois le curetage utérin, quand je pratiquai l'hystérectomie vaginale, le 8 novembre 1887, avec l'aide de mon collègue et ami Jalaguier. — Cette malade exsangue et cachectique au moment de l'opération, non seulement vit encore, mais est méconnaissable, malgré une fracture du col du fémur qu'elle s'est faite en tombant sur le verglas en février 1888; elle est fraîche, grosse, grasse, et ne semble pas du tout sous le coup d'une récidive; elle a jusqu'ici treize mois de survie. Tout permet d'espérer que son bon état de santé continuera. — L'examen histologique a été fait au laboratoire de la Faculté par MM. Achard et Brault, et vérifié par M. le professeur Cornil : il s'agissait d'un épithélioma lobulé paraissant avoir débuté dans l'épaisseur de la mu-

queuse du corps utérin; il s'était développé aux dépens de la muqueuse et aux dépens des glandes.

La troisième, âgée de 56 ans, avait subi sa ménopause depuis dix ans, était malade depuis quatorze mois : au moment de l'opération, elle était cachectique et exsangue. Je pratiquai l'hystérectomie vaginale, surtout pour arrêter les hémorrhagies qui menaçaient sa vie à bref délai, le 24 février 1888, en présence de M. le professeur Ball. Les suites furent des plus simples. — J'ai revu cette malade le 5 novembre 1888; elle va très bien, a repris des couleurs, a un très bel aspect; sa cicatrice est irréprochable, son ventre est souple, rien ne fait craindre une récidive; elle a huit mois et demi de survie, je compte qu'elle en aura bien davantage. — L'examen histologique fait au laboratoire de la Faculté par mon ami le Dr Toupet, et vérifié par M. le professeur Cornil, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique de la muqueuse du corps de l'utérus.

La quatrième, âgée de 50 ans, ayant passé sa ménopause depuis trois ans, était malade depuis dix-huit mois, lorsque j'ai pratiqué l'hystérectomie le 18 avril 1888. Au moment de l'opération, cette femme était affaiblie, son teint était jaune. Aujourd'hui elle se porte parfaitement, a repris ses forces et ses couleurs, le vagin est souple, indolent. Elle a actuellement sept mois et demi de survie, et rien ne fait redouter l'explosion de nouveaux accidents. — L'examen histologique a été fait par M. le professeur Cornil lui-même auquel j'ai remis toute la pièce qu'il a conservée dans son laboratoire. Mon excellent maître a pris la peine de rédiger lui-même une note des plus détaillées avec dessins à l'appui : c'était un épithélioma tubulé, mais très intéressant par son siège entre la muqueuse intra-utérine intacte et le muscle utérin[1].

[1] Note de M. le professeur Cornil. (Utérus de Mme C..., Laennec, 1888.)

Épithéliome du corps de l'utérus.

L'utérus présente au-dessus de son orifice interne des tuméfactions irrégulières comme des circonvolutions saillantes séparées par des dépressions, mais la surface de toute la muqueuse du corps utérin paraît à l'œil nu comme étant bien conservée; elle est de couleur rosée, lisse, sans ulcération ni fongosités, ni végétation, et le tissu des parties tuméfiées paraît assez ferme. Toute la cavité du corps est loin d'être envahie.

Nous avons pris un morceau pour l'examen histologique de 4 centimètres de long sur 1 de large, comprenant une dépression qui sépare deux parties du corps utérin : l'une saine, l'autre altérée. Ce morceau de l'utérus a été durci, puis débité en coupes comprenant toute son étendue. Ces coupes ont été colorées par le carmin, l'hématoïdine et la safranine.

Examinées avec un grossissement faible, elles montrent dans la partie saine, à la surface de la muqueuse, le revêtement épithélial, les glandes et le tissu musculaire feutré situé au-dessous.

Dans la partie la plus enfoncée de la dépression, il y a aussi une couche de la muqueuse bien caractérisée par son revêtement épithélial et ses glandes. Mais bientôt, lorsqu'on s'éloigne de ce point sur la portion malade, on voit des

Dans l'histoire de ces maldies, on doit considérer deux périodes :

L'une, dont nous pouvons apprécier exactement la durée, c'est celle que j'appellerai *pré-opératoire* et qui s'étend du début de la maladie au jour de l'opération.

L'autre qui s'étendra du jour de l'opération à celui de la mort; on peut l'appeler période *post-opératoire*.

îlots épithéliaux de nouvelle formation sous la couche glandulaire de la muqueuse qui est bien distincte de ces productions.

Les îlots épithéliaux sont bien distincts de la couche profonde de la muqueuse qui est conservée, quoique amincie et aplatie au-dessus d'eux. Les glandes qui sont encore reconnaissables dans le fond du pli en sont de plus en plus atrophiées et méconnaissables à mesure qu'on s'en éloigne. Souvent la muqueuse amincie se sépare de la tumeur. Les îlots de l'épithéliome sont séparés par des bandes de tissu musculaire contenant des vaisseaux.

Avec de plus forts grossissements, on définit les diverses parties de ces coupes.

La muqueuse et les glandes en tube qui recouvrent la tumeur offrent leurs caractères histologiques normaux. Les lobules d'épithéliome sont formés ainsi qu'il suit : le long de la travée fibro-musculaire qui les limite, on voit une première couche d'épithélium allongé de forme cylindrique contenant des noyaux ovoïdes : puis une série de couches généralement cylindriques ou prismatiques qui forment un revêtement à cette paroi extérieure du lobule épithélial. Ces lobules peuvent être pleins ; leur forme est allongée ou ovoïde : mais ils présentent aussi souvent un centre muqueux, dans lequel on trouve des cellules mnqueuses arrondies ou atrophiées, en dégénérescence mucoïde.

Souvent on voit végéter des vaisseaux situés entre les lobules, des capillaires à forme papillaire qui pénètrent dans l'îlot épithélial et qui se coiffent de cellules.

Ce revêtement épithélial ainsi constitué forme une couche complète, cohérente, dans laquelle ces papilles sont enfouies.

Suivant le hasard des coupes, on voit parfois des espaces dans lesquels les papilles sont coupées en travers, présentant à leur périphérie des cellules épithéliales implantées sur elles en rayonnant.

Dans toutes ces néoformations épithéliales, il existe beaucoup de cellules en karyokinèse, à divers états, et nous avons vu plusieurs fois aussi la division par trois.

Dans quelle forme de l'épithéliome devons-nous ranger cette tumeur ? Elle se rapproche beaucoup de l'épithéliome tubulé avec les particularités suivantes que nous venons de décrire : les cellules épithéliales sont pour la plupart cylindriques, surtout celles de la périphérie des îlots; elles subissent une évolution et sont stratifiées, tout en présentant une forme cylindrique prédominante; enfin la périphérie des îlots montre souvent des papilles sur lesquelles s'implantent les cellules cylindriques. Ce sont là des particularités propres à ce cas d'épithéliome. Notons aussi que la muqueuse existait à la surface de la tumeur et que, dans le point que nous avons examiné, la néoformation n'affectait aucun rapport avec la muqueuse ni avec ses glandes. L'examen à l'œil montrait partout la muqueuse lisse.

La période *pré-opératoire* a été :

Chez ma 1re malade			de..................	14 mois.
—	2e	—	de..................	36 —
—	3e	—	de..................	14 —
—	4e	—	de..................	18 —

ce qui fait une moyenne de 20 mois entre le début du cancer et les hystérectomies vaginales que j'ai pratiquées.

La période *post-opératoire* a été :

Chez ma 1re malade de.................. 6 mois.

mais si :

Chez ma 2e malade, je compte			....	13 mois.
—	3e	—	—	8 mois.
—	4e	—	—	7 mois 1/2

je ferai remarquer que ce ne sont là que des chiffres provisoires puisque ces malades sont encore en pleine santé, et tout fait espérer que ces chiffres grossiront. Dans tous les cas, ces trois malades sont revenues à la santé complète, ont pu reprendre leurs occupations et sont, jusqu'ici au moins, radicalement guéries.

M. Terrier. Je voudrais faire remarquer, à propos de la communication de M. Routier, que chacune de ses pièces a été examinée par M. Cornil. Je n'ai pas besoin de dire avec quel soin et avec quelle compétence. Or, je tiens de M. Cornil lui-même, qui m'a autorisé à le redire ici, que l'étude anatomique du cancer de l'utérus est pour ainsi dire encore à faire. M. Cornil n'oserait pas encore, d'après les examens qu'il a pu pratiquer, donner une description complète de l'épithélioma utérin ; de nombreux points demeurent encore obscurs et réclament de nouvelles études. Il est certain qu'il en existe des formes anatomiques diverses, ayant sans doute, chacune, leur évolution propre. C'est là, pour moi, qu'il faut chercher l'explication des différences considérables que l'on a pu constater dans les résultats fournis par l'intervention chirurgicale, quel qu'en soit le mode.

Il est, en tous cas, utile que l'on sache que le représentant de l'anatomie pathologique de la Faculté de médecine considère que l'histoire anatomique du cancer utérin doit être entièrement revisée, et qu'il ne suffit pas de l'examen superficiel d'une pièce, tel qu'il est le plus souvent pratiqué, pour juger de la nature de la lésion et de ses suites probables.

M. Verneuil. En admettant même le bien fondé de la remarque de M. Terrier, il est clair qu'elle s'applique aussi bien à l'extirpa-

tion totale qu'à l'extirpation partielle de l'utérus. Il importe peu, au point de vue de l'examen histologique, que l'on ait enlevé tout ou partie de l'organe.

M. Terrier. Je n'envisage ici que le côté scientifique de la question. Nous devons tous désirer apporter dans nos études le plus de précision possible. Ma remarque n'avait pas d'autre portée.

M. Verneuil. Je suis, comme M. Terrier, partisan de la précision scientifique. J'ai consacré dix ans de ma vie aux études histologiques. Il y a beaucoup de jeunes chirurgiens qui ne pourraient en dire autant... Je n'ai donc pas besoin de venir ici prendre en main la cause de l'anatomie pathologique; j'ai assez, autrefois, plaidé pour elle.

Presque tous les examens, dans les cas que je vous ai rapportés, ont été faits par moi-même. Or, je puis bien dire que, s'il existe des cas difficiles, où le diagnostic est hésitant, ces cas forment une infime minorité. Le plus souvent, comme pour le cancer du sein, la nature de la lésion saute, pour ainsi dire, aux yeux.

M. Trélat. Je tiens à rappeler que ce que vient de dire M. Terrier a été dit par moi à la dernière séance. J'ai fait observer qu'il était dans l'histoire anatomique du cancer utérin une foule de points mal connus. Ce sont précisément ces incertitudes qui rendent incertaines aussi nos déductions relatives à l'opportunité d'une intervention ou au meilleur procédé applicable à tel cas donné. Nos diagnostics sont très pénétrants, poussés aussi loin que possible; mais, au point de vue de l'anatomie pathologique, ils demeurent toujours insuffisants.

La suite de la discussion est renvoyée à quinzaine. (Voir séance du 21 novembre.)

Rapport

Sur trois observations d'œdème aigu du larynx.

Rapport par M. Chauvel.

Messieurs, un rapport fait par moi, dans la séance du 4 avril dernier, sur un cas de mort par plaie et œdème du larynx, nous valut une très intéressante communication de notre collègue, M. Monod, sur les œdèmes aigus de cette région. Depuis ce moment, trois de nos confrères de l'armée nous ont fait parvenir des observations de la même affection. Permettez-moi de vous en donner les points intéressants, et d'abord les cas de guérison.

Observation I. — *Œdème aigu primitif du larynx. Asphyxie avec menaces de mort immédiate. Trachéotomie. Guérison rapide,* par le Dr Yvert, médecin-major.

Un tirailleur annamite, âgé de 21 ans, est pris subitement, dans la nuit du 10 au 11 juin 1887, vers quatre heures du matin, d'une gêne de la respiration qui nécessite son envoi d'urgence, deux heures plus tard, à l'hôpital de Nam-Dinh (Tonkin). M. Yvert constate l'asphyxie menaçante; il arrive par exclusion à placer son siège dans le larynx et à l'attribuer à un œdème de la glotte. N'obtenant aucune notion par le toucher, n'ayant pas de miroir laryngoscopique, il se décide néanmoins à ouvrir immédiatement les voies aériennes. L'âge du sujet, la violence du tirage qui diminuait beaucoup l'espace compris entre la cricoïde et le bord supérieur du sternum, qui augmentait d'un autre côté la profondeur de la trachée, la gêne circulatoire considérable, tout plaidait pour le choix de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Notre confrère n'ayant pas de canule de Krishaber dut se résigner à pratiquer la trachéotomie ordinaire malgré ses difficultés, et c'est sur le doigt indicateur gauche comme conducteur, presque sans la voir, qu'il lui fallut inciser la trachée. Il y parvint, et la canule, d'abord chassée deux fois par des quintes de toux, put enfin être maintenue en place. Dès ce moment, l'amélioration est rapide, la respiration, dès le cinquième jour, se fait sans obstacle par les voies naturelles; on retire définitivement la canule. Le 20e jour, le blessé quittait l'hôpital parfaitement guéri, mais sans que l'examen du larynx pût venir éclairer le chirurgien sur la nature de l'affection et ses causes.

Obs. II. — *Laryngite aiguë avec œdème de la glotte chez un alcoolique de 60 ans. Crico-trachéotomie sans anesthésie. Guérison;* par le Dr Lacronique, médecin-major.

Cette seconde observation est recueillie en Algérie, au mois d'avril, sur le bord de la mer; il n'est pas possible, comme dans la précédente, d'invoquer, comme cause protectrice, l'action du froid, d'une basse température. Mais le sujet, âgé de 60 ans, alcoolique, était enrhumé depuis quelques jours et avalait difficilement, quand la gêne respiratoire commença à se manifester. Une forte dose d'ipéca, des applications chaudes répétées n'ayant procuré aucun soulagement, la trachéotomie fut enfin résolue et pratiquée à neuf heures du soir.

Notre collègue de l'armée, dont nous connaissons le talent, nous permettra un léger reproche. Il n'a pas, le matin à neuf heures, tenté résolument l'examen du larynx, il écrit que cette exploration eût été impossible en raison de la dyspnée et des accès de suffocation. Et cependant le même examen est fait douze heures plus tard, alors que la situatiou s'est aggravée et que l'asphyxie menace. Le miroir fait constater un œdème très prononcé de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques. Les cordes inférieures cachées en partie sont plus rouges, moins infiltrées, mais elles paraissent immobilisées, et, dans la glotte respira-

toire, on voit un petit amas de matière blanchâtre, pultacée, sans doute du mucus épais ou de l'épithélium macéré. De telles lésions, constatées le matin, auraient sans doute décidé le Dr Lacronique à une intervention que la lumière du jour eût faite plus aisée.

En somme, en raison de la brièveté du cou, la crico-trachéotomie parut préférable à la trachéotomie ordinaire ; elle se fit sans difficultés. Malgré les 60 ans du patient et son état athéromateux, le cricoïde se laissa facilement sectionner et aussi aisément écarter pour livrer passage à la canule. Deux cerceaux de la trachée furent divisés en même temps.

A ce moment se produit un incident qui faillit compromettre la vie de l'opéré. L'éponge employée pour nettoyer la canule interne se détache de sa tige et tombe dans la trachée. Heureusement, sitôt la canule enlevée, le dilatateur introduit, une violente quinte de toux la projette au dehors. Aucun autre accident ne vint retarder la guérison. Dès le 6e jour, la respiration se fit en partie par les voies naturelles, et, le 10e jour, la canule fut définitivement retirée. Cinq jours plus tard, la plaie cicatrisée, le malade quittait l'hôpital. Le miroir montrait l'existence d'une laryngite catarrhale et glanduleuse avec hypertrophie de la base de l'épiglotte et de la muqueuse du vestibule et de la glotte. Aucune trace d'ulcérations ni de tumeur. La voix était rauque et voilée ; mais, au dire du patient, elle était ainsi depuis plusieurs années.

Obs. III. — *Œdème suffocant du larynx. Mort*, par M. le Dr Audet, médecin-major.

La troisième observation est moins nette que la précédente, et même l'autopsie nous semble devoir laisser quelques doutes sur la cause laryngée de la mort. Il s'agit d'un jeune soldat de constitution médiocre, que notre collègue, le Dr Audet, avait fait entrer à l'infirmerie du corps pour extinction de la voix et oppression sus-sternale légère, traduisant une inflammation laryngée. En raison de l'état des poumons, une lésion tuberculeuse pouvait être redoutée ; elle n'était pas manifeste jusque-là. Sous l'action d'un traitement approprié, l'état se modifia très favorablement, la voix reparut, la toux diminua, et la guérison semblait prochaine. Mais, le 16e jour, le malade, qui s'était couché sans se plaindre, se lève vers minuit, la respiration rapide et sifflante. Il reste quelques minutes hors de la chambre, revient se jeter sur son lit et succombe si rapidement que l'infirmier, prévenu, n'arriva que pour constater sa mort.

Sont-ce là les signes d'un œdème laryngé suffocant ? Le Dr Audet croit que l'insuffisance fonctionnelle du poumon droit fut ici la cause de la mort rapide. L'autopsie montre, en effet, des adhérences anciennes et complètes du poumon droit à la paroi costale, quelques taches ecchymotiques et une légère congestion de la base du poumon gauche. Le cœur, le cerveau, les viscères de l'abdomen ne présentent pas de lésions. Dans le larynx, rougeur intense, couleur *hortensia*, répandue sur la face postérieure de l'épiglotte, sur les replis aryté-

noïdiens postérieurs et surtout sur les cordes vocales, dont le bord libre est en grande partie dépouillé de son épithélium. La même rougeur diffuse existe sur la muqueuse trachéale dans une étendue de 10 centimètres. « Nous constatons en outre, dit M. Audet, un épaississement notable des replis aryténoïdiens et des cordes vocales. Celles-ci sont manifestement le siège d'une induration, lorsqu'on les saisit en faisant pénétrer le doigt dans les ventricules. Il y a donc lieu d'affirmer que c'est dans le larynx que réside la cause de la suffocation, que c'est à un œdème de la glotte que la mort doit être attribuée, et que, sans doute, c'est au défaut de fonctionnement du poumon droit qu'il faut faire remonter la rapidité de cette mort. »

Nous serons, après la lecture de ces détails, moins affirmatif que notre collègue sur la cause du décès. Bien que certaines lésions puissent diminuer ou même disparaître après la mort, bien que l'œdème et la rougeur soient au nombre de ces phénomènes dont l'autopsie ne reproduit pas toujours le tableau très précis, l'infiltration des lèvres de la glotte et des replis aryténo-épiglottiques aurait dû laisser ici des traces plus marquées. Nous avons suivi longtemps des malades atteints de laryngite se compliquant d'une infiltration œdémateuse des parties, et nous avons toujours été surpris de la persistance de l'œdème et du peu d'espace libre qui suffisait pour assurer la respiration. Chez le malade de M. Audet, l'affection était en voie d'amélioration marquée ; on ne comprend pas bien sous quelle influence nocive se serait développé l'œdème suffocant.

Au point de vue étiologique, les trois observations sont d'explication difficile. En aucun cas, l'influence du froid ne saurait être invoquée. M. Yvert, chez son soldat annamite, pense qu'il y a eu piqûre par un moustique qui s'est introduit jusqu'au vestibule du larynx. L'opéré de M. Lacronique semble avoir été atteint d'une angine entée sur une laryngite et une pharyngite de vieille date. Chez l'un comme chez l'autre, les phénomènes laryngés ont rapidement cessé après la trachéotomie, et la respiration a vite repris son cours normal. Est-ce à dire que les lésions anatomiques avaient, elles aussi, disparu ? Un fait que nous avons observé, et qui se rapproche des précédents, montre que les altérations des tissus peuvent persister longtemps encore après la guérison apparente et le rétablissement des fonctions.

Obs. IV. — L..., jeune soldat en congé à Paris, entre au Val-de-Grâce en novembre 1887 pour une gêne considérable de la respiration, s'accompagnant d'un cornage prononcé et survenu dans la matinée à la suite d'une angine datant de quelques jours. Notre collègue M. Vaillard, devant la gravité de la situation, pratique immédiatement la trachéotomie. Au 10e jour, la respiration paraissant se bien faire par les

voies naturelles, la canule est enlevée, et, quelques jours plus tard, j'examine le malade. Hors quelques doutes sur l'état du poumon gauche à son sommet, doutes que rien n'est venu confirmer pendant près de deux mois que le malade est resté dans mon service, il n'y a aucun indice de tuberculose. L... nie toute syphilis et n'en présente pas traces. La voix est encore un peu voilée, et le miroir montre une hypertrophie avec induration prononcée du bord libre de l'épiglotte, un œdème marqué du vestibule laryngien. La muqueuse inter-aryténoïdienne, très gonflée, forme un bourrelet violacé qui cache en partie les cordes inférieures, moins atteintes, et ne laisse pas deviner les aryténoïdes.

Sous l'influence de badigeonnages iodés, d'inhalations iodées et sulfureuses et d'un traitement approprié, le gonflement diminue peu à peu, sans qu'à aucun moment on constate sur la muqueuse ni ulcérations, ni végétations. Les aryténoïdes, devenus sensibles à la vue, forment deux masses séparées par une dépression profonde ; les cordes inférieures, d'une teinte pâle, émergent à peine de 1 millimètre en dedans des rubans supérieurs dans les notes les plus élevées. La voix est passable et l'état général excellent.

Dans ce cas, on le voit, les lésions de tissu ont persisté longtemps après la cessation apparente des phénomènes morbides. Malgré l'absence de signes probants, je crois qu'il s'agissait d'altérations spécifiques, tuberculeuses, dont l'évolution n'est que momentanément suspendue. Si, dans un certain nombre de cas, l'œdème du larynx est véritablement idiopathique, s'il peut résulter de l'impression prolongée d'un froid violent sur la muqueuse des voies aériennes, je pense que ces faits ne sont pas communs. Si l'examen laryngoscopique était fait avant et au moins après la trachéotomie, au moment où le malade quitte la canule et semble complètement guéri, on trouverait sans doute les lésions anatomiques qui ont été le point de départ de l'infiltration séreuse des tissus. Désormais une telle recherche ne devra pas être négligée.

MM. Audet et Lacronique se contentent de relater leurs observations sans les faire suivre de remarques. M. Yvert, au contraire, se livre à de multiples réflexions. Il remarque tout d'abord que l'œdème aigu primitif du larynx doit être excessivement rare, et que, même avec le miroir, le diagnostic ne peut en être porté que par exclusion, après élimination de tout état morbide antérieur de la région. A ce compte, comme nous venons de le dire, un grand nombre des faits publiés doit être éliminé de ce cadre. Mais ce serait exagérer, il nous semble, que de rejeter les cas d'œdème rapidement développé parce qu'il existait auparavant une angine, une laryngite catharrale ou autre. Il n'y a pas d'effet sans cause, et le mot *primitif* ne signifie pas que les parties étaient absolument indemnes, avant le début de l'infiltration séreuse.

Notre collègue insiste avec raison sur les difficultés qu'apporte à l'exécution de la trachéotomie, chez l'adulte, le tirage prononcé des creux sus-claviculaires, l'abaissement et l'enfoncement de l'appareil laryngo-trachéal. C'est dans ces conditions que la laryngotomie intercrico-thyroïdienne se montre vraiment supérieure. Faute d'une canule de Krishaber, M. Yvert n'a pas cru devoir la tenter. Plus audacieux, M. Lacronique, chez son malade, presque un vieillard, n'a pas craint de recourir à la crico-trachéotomie et n'a rencontré aucune difficulté ni dans la section ni dans l'écartement de l'anneau cricoïdien. Il serait imprudent sans doute d'en conclure qu'il en sera toujours de même, et que l'opération de Boyer est applicable chez l'adulte sans exception. Cependant nous devons dire que son exécution est possible le plus souvent, si nous en jugeons par nos observations personnelles. Principalement quand le port de la canule ne doit être que temporaire, elle sera probablement utilisable.

M. Yvert n'a pas employé l'anesthésie chloroformique. Il pense qu'elle est habituellement contre-indiquée par l'état du patient et que l'anoxémie des différents tissus rend la douleur très modérée. La question est à l'étude, et je ne crois pas utile de l'aborder en ce moment, sans plus de faits à discuter ou à produire.

Messieurs, je vous propose d'adresser des remerciements à MM. Yvert, Audet et Lacronique pour leurs intéressantes observations, et de déposer dans nos archives leurs travaux, dont je viens de résumer les points les plus importants.

Présentation de malade.

Constriction cicatricielle de la mâchoire. Mobilisation par résection de l'os,

Par M. Terrillon.

Sarcome du maxillaire supérieur. Ablation. Guérison depuis deux ans. Rétraction de la mâchoire inférieure. Résection du maxillaire inférieur par la méthode d'Esmarch modifiée par Rizzoli.

Cet homme, âgé de 40 ans, fut opéré pour la première fois d'un sarcome occupant la partie antérieure du maxillaire supérieur gauche, en 1885. Une récidive força à enlever en totalité le maxillaire supérieur avec le plancher de l'orbite, en mars 1886. La cicatrisation se fit rapidement et n'a donné lieu à aucune récidive depuis cette époque. Mais la cicatrice de cette ablation entraîna une rétraction du maxillaire inférieur par induration du masséter et des parties voisines. Le

même phénomène se produisit du côté de l'orbite. Ce malade ne pouvait plus manger, car les dents ne pouvaient être desserrées.

Je lui pratiquai, le 20 octobre dernier, une résection du maxillaire en avant du masséter rétracté à droite. J'enlevai un morceau d'os de 2 centimètres et demi d'épaisseur. Il fut nécessaire de couper la lèvre inférieure jusqu'au rebord inférieur du maxillaire pour avoir de la place pour réséquer. Une suture réunit les parties molles. Une mèche de gaze iodoformée est introduite entre les fragments osseux.

Depuis cette époque, le malade va bien ; le maxillaire est mobile, et la mastication est devenue possible.

M. Pozzi. Je rappelle que je vous ai présenté, il y a neuf ou dix ans, un malade atteint de constriction des mâchoires auquel j'avais pratiqué une opération semblable. Le résultat a été excellent ; j'ajoute qu'il a été durable. J'ai pu suivre mon opéré pendant cinq ou six ans ; la mâchoire était restée très mobile. Mon incision a été faite le long du bord inférieur de la mâchoire, ce qui rend la cicatrice moins visible ; mais ce n'est là qu'un petit détail sans importance.

Présentation d'instruments.

1° *Curette utérine.*

M. Polaillon présente, au nom de M. Assaky, une *curette* pour le curettage de la cavité utérine.

Cette curette est, comme celle de Marion Sims, montée sur une tige flexible. La possibilité de donner à l'instrument diverses courbures présente de réels avantages, notamment dans les cas suivants : 1° quand on pratique le raclage utérin sans dilatation ou avec une dilatation juste suffisante du col ; 2° quand on a affaire à un utérus irritable — dans ces deux cas, la curette est, pour ainsi dire, emprisonnée dans le col, et l'on n'arrive à atteindre tous les points de la cavité utérine qu'en imprimant à l'instrument diverses courbures qui suppléent au peu d'amplitude de ses mouvements ; 3° quand l'utérus est dévié, la malléabilité de la curette permet de suivre la ligne brisée de l'utérus en flexion.

La tige est, de plus, graduée sur ses deux faces, ce qui permet de savoir exactement à quelle profondeur on pénètre, et, par conséquent, de mieux suivre les progrès du grattage.

2° *Instruments gynécologiques.*

M. Pozzi présente au nom de M. Boureau : 1° une *béquille* pour maintenir l'écartement des jambes, imitée de la béquille de Clover, dont elle diffère par le mode de fixation aux épaules de la malade ; 2° un *spéculum amovo-inamovible*, formé de valves, qui peuvent se fixer à la table d'examen, de façon à laisser libres les mains du médecin ; une série d'articulations permet de faire varier la position des valves, ce qui distingue cet instrument du spéculum fixe de Fritsch.

Nomination de commissions.

PRIX DUVAL.

Sont élus membres de la commission pour le prix Duval : MM. Marjolin, Delens, Reclus, Kirmisson, Reynier.

PRIX LABORIE.

Sont élus membres de la commission pour le prix Laborie : MM. Tillaux, Terrillon, Richelot, Segond, Routier.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,
CH. MONOD.

Séance du 14 novembre 1888.

Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de la Société de médecine pratique demandant l'adjonction de délégués à la commission chargée d'étudier le projet d'une langue scientifique internationale ;

3° M. REYNIER demande un conge, pendant le semestre d'hiver, en raison du cours dont il est chargé à la Faculté de médecine.

Rapport.

Uréthrotomie externe avec cathétérisme rétrograde pour fistules anciennes de l'urèthre, par M. Defontaine (du Creusot).

Rapport par M. Terrier.

Il y a déjà plus d'une année, j'ai été chargé de vous faire un rapport sur une observation de M. le Dr Defontaine (du Creusot), observation intitulée : *Uréthrotomie externe avec cathétérisme rétrograde, pour oblitération et fistules anciennes de l'urèthre.*

A cette observation était annexée une *Note sur un nouveau mode d'évacuation de l'urine, dans les cystotomies sus-pubiennes, au moyen d'un tube criblé.* Ce tube, dont l'usage était proposé par mon ami et ancien interne M. le Dr Defontaine, lui avait rendu de grands services dans l'observation qu'il communiquait à la Société, le 23 mars 1887.

Voyons d'abord le résumé de cette observation :

R. G..., 14 ans et demi, fait, le 15 août 1883, une chute à califourchon, d'où rupture uréthrale et accidents qui amènent des fistules multiples périnéales, par lesquelles toute l'urine s'écoule, il y avait incontinence.

Le 18 janvier 1887, après examen du malade, M. Defontaine fait l'uréthrotomie externe sans conducteur, car un cathéter cannelé introduit par le méat est arrêté vers le bulbe au milieu des tissus indurés et saillants de la région périnéale. Après anesthésie, incision médiane, suivant le raphé, donnant peu de sang, et au milieu de tissus indurés, d'aspect fibroïde. On arrive ainsi à mettre à nu le bec du cathéter introduit dans la partie antérieure de l'urèthre. Puis on cherche, mais en vain, le bout postérieur.

En présence de cet insuccès, M. Defontaine résolut de pratiquer la taille sus-pubienne, afin de faire le cathétérisme rétrograde.

La vessie était en distension moyenne ; on incisa sur la ligne blanche entre les deux droits et les deux pyramidaux ; le tissu cellulaire prépéritonéal mis à nu, on vit très nettement le péritoine dont le cul-de-sac descendait *très bas*. Entre ce cul-de-sac et le pubis, on pénétra dans le tissu cellulaire prévésical ; le cul-de-sac péritonéal disséqué fut repoussé en haut avec la sonde cannelée. La vessie, dénudée au niveau et un peu au-dessous du bord supérieur du pubis, fut ponctionnée au bistouri entre deux pinces hémostatiques saisissant sa paroi de chaque côté de la ligne médiane.

Le cathéter cannelé fut alors facilement placé dans le col vésical et dans l'urèthre postérieur. Il arrive ainsi jusqu'aux tissus indurés du périnée, à travers lequel on a grand'peine à le sentir. Incisant couche

par couche les tissus indurés, on arrive enfin au cathéter dont le bec est mis à nu.

Restait à placer une sonde à demeure; M. Defontaine prit une sonde en caoutchouc rouge, perforée de petits yeux latéraux à ses extrémités et à bout coupé arrondi au thermo-cautère. Un fil de soie fut passé dans les yeux de chaque extrémité; celui de l'extrémité antérieure fut fixé à une petite bougie qui servit à l'entraîner dans l'urèthre.

L'opération semblait terminée, lorsque M. Defontaine s'aperçut qu'au niveau de la plaie périnéale, la sonde faisait un coude trop brusque sur les tissus indurés, restant saillants, et large d'un centimètre et demi environ. La sonde fut soulevée, et l'éperon fibreux mis à nu fut divisé dans l'étendue d'un centimètre ; mais cela ne suffit pas encore et la sonde rouge, trop molle, restait aplatie et ne se laissait pas pénétrer par le liquide qu'on y injectait. A la sonde en caoutchouc rouge fut substituée une sonde en gomme, nº 16, mais elle resta encore aplatie. M. Defontaine prit alors le parti fort sage de lui creuser un véritable canal, en divisant l'éperon qui la coudait encore. Il pénétra ainsi à près de 3 centimètres, au milieu de tissus peu vasculaires, et plaça cinq pinces hémostatiques qui restèrent vingt-quatre heures en place. Grâce à cette section profonde, la sonde put très bien fonctionner.

Un gros drain fut placé debout dans la vessie et coupé au niveau de la peau ; sa présence était nécessaire par la profondeur à laquelle s'était rétractée la vessie et la contractilité rigide des bords de l'incision abdominale. Le fil qui, passé dans l'œil de la sonde à bout coupé, avait servi à l'entraîner du méat à la vessie, fut noué sur un bâton de bois, placé en travers de la plaie abdominale, de façon à empêcher la sonde de sortir de la vessie. L'injection boriquée, faite par la sonde, sort par le tube vésical. Pansement au coton hydrophile, imbibé de sublimé, appliqué sur les plaies périnéale et abdominale. Un tube de caoutchouc prolonge la sonde et conduit l'urine dans un vase placé à côté du lit ; la verge est placée dans l'aine gauche.

L'opération a duré deux heures juste.

Le lendemain, on enlève les pinces à pression. La sonde fonctionne bien, les vaisseaux divisés du périnée sont en partie réunis sur la sonde. — Un peu de sommeil et d'appétit.

15 et 16 *août*. Pas de fièvre, appétit, la sonde fonctionne.

17 *août*. L'urèthre est irrité par la sonde en gomme, qui fonctionne mal.

C'est alors que M. Defontaine lui substitue « un tube en caoutchouc rouge du calibre nº 16, allant de la plaie sus-pubienne jusqu'au vase placé près du lit ». Nous reviendrons plus loin sur la disposition de ce tube ; notons seulement que sa partie, correspondant à l'urèthre profond et à la vessie, était percée de nombreux petits orifices.

Ce tube, fixé à la sonde par un fil passé dans ses ouvertures extrêmes, fut entraîné par le méat dans l'urèthre, à mesure qu'on retirait la sonde par la voie sus-pubienne. Il remplaça ainsi le drain sus-pu-

bien, la sonde et son tube conducteur jusqu'à l'urinal ou au vase qui lui en tient lieu. L'appareil fonctionna très bien, l'urine y passa en totalité, il n'y eut pas d'uréthrite notable et les incrustations salines qui se firent à sa face interne ne gênèrent en rien ses fonctions. Pendant tout son séjour dans le canal, c'est-à-dire jusqu'au 17 février, ou pendant un mois, son extrémité vésicale fut maintenue, au niveau des téguments de la région sus-pubienne, à l'aide d'un fil qui, passant par les orifices extrêmes du tube, était enroulé et noué sur un bâtonnet placé en travers de la plaie hypogastrique.

Un mois après l'opération (13 février), les plaies hypogastrique et périnéale tendant à se fermer, le fil qui reliait le tube au bâtonnet transversal fut allongé et l'extrémité du tube descendu dans la vessie. Aussi la plaie hypogastrique se cicatrisa presque tout à fait et le 17 février tout l'appareil fut enlevé ; immédiatement après, la miction se fit normalement.

Le 19, le malade put se lever et sortir. Depuis cette date, le malade se sonde matin et soir avec une sonde en caoutchouc rouge, n° 20.

Le 13 mars, le n° 40 (béniqué) passe, la miction a lieu avec un jet normal, la plaie périnéale est cicatrisée et les tissus du périnée beaucoup moins indurés.

Revu, il y a quelques mois, le malade urinait bien.

Plusieurs points sont à discuter dans cette observation.

Tout d'abord, la difficulté de trouver le bout postérieur n'a rien qui doive étonner, et quelques chirurgiens pourront croire que M. Defontaine n'y a pas mis une suffisante ténacité. Voulant en finir plus vite et éviter une autre intervention, M. Defontaine a cru devoir prendre le parti d'ouvrir la vessie pour faire le cathétérisme rétrograde. Il n'y a rien que de très rationnel dans cette pratique et nous ne pouvons que l'approuver, mais, contrairement à l'opinion de notre confrère, nous ne pouvons en faire une méthode de choix.

Un point intéressant, c'est que cette ouverture sus-pubienne fut facile, sans qu'il ait été fait usage du ballon de Peterseen ; mais il faut remarquer que « la vessie formait un globe appréciable à la palpation, et paraissait presque à l'état de moyenne distension », suivant les propres expressions de l'auteur. Or, dans ces conditions évidemment favorables, le péritoine descendait encore très bas, si bien qu'on dut disséquer le cul-de-sac et le remonter avec une sonde cannelée pour ouvrir ensuite la vessie.

Mais si l'on suppose la vessie vide, ou presque vide, on peut juger combien il sera difficile de l'atteindre sans léser le cul-de-sac péritonéal, ce qui, d'ailleurs, ne constituerait pas un accident aussi grave qu'on semble généralement le croire, car on peut y remédier par une bonne suture.

La vessie ouverte, le cathétérisme rétrograde fut des plus facile ; toutefois, M. Defontaine eut quelque peine à retrouver le bec

de son cathéter au milieu des tissus indurés du périnée. On voit, que même avec conducteur, la recherche du bout postérieur a été sinon un peu difficile, au moins pas très facile.

L'auteur insiste sur la brusque courbure des sondes en caoutchouc et en gomme, courbure telle que du liquide poussé dans leur cavité par le pavillon n'arrivait pas dans la vessie.

A juste titre, M. Defontaine fait jouer ici un rôle au tissu induré du périnée; mais à cela il faut ajouter une autre cause, c'est que, très probablement, l'urèthre antérieur à l'oblitération et l'urèthre postérieur à celle-ci ont été ouverts sur leur paroi inférieure, ce qui doit fatalement ajouter à l'influence des tissus indurés. Aussi, pour bien établir sa sonde, M. Defontaine a-t-il dû creuser la plaie périnéale, intermédiaire aux deux bouts uréthraux ouverts ; et la creuser à une profondeur qu'il qualifie d'effrayante, ce qui est peut-être un peu exagéré.

Dans toutes ces uréthrotomies externes, il faut aller assez profondément pour trouver l'urèthre, et la profondeur semble d'autant plus grande que les tissus voisins sont tuméfiés et indurés. Ayant ainsi creusé en quelque sorte un nouveau canal, sur une longueur de 4 centimètres. M. Defontaine se demande comment, après une telle opération, la restauration du canal peut se faire ?

« Évidemment, dit-il, le bourgeonnement qui s'est moulé autour de la sonde a dû fournir du tissu cicatriciel qui constitue actuellement le canal; mais je pense, ajoute-t-il, que les parties pourvues de muqueuse uréthrale, qui sont restées dans le périnée, au-dessous de la sonde enfoncée dans un lit plus profond, ont dû, par les progrès de la cicatrisation, aidés du dégorgement des tissus, être attirées peu à peu vers la sonde et utilisées par le processus réparateur, pour la restauration du canal de l'urèthre, qui, suivant toute vraisemblance, n'est constitué par du tissu cicatriciel que dans l'étendue de 1 à 2 centimètres. »

Autant il me paraît difficile d'affirmer ce qui précède, autant il me semble impossible de l'infirmer. Toutefois, je ferai remarquer que c'est précisément parce que les choses ne s'arrangent pas d'ordinaire si bien, que les rétrécissements se reproduisent, et parfois avec une rapidité et une tenacité telles, qu'on a pensé à faire des boutonnières uréthrales, comme M. Cabadé nous l'a dit à propos d'une observation de rupture de l'urèthre que j'ai analysée devant vous.

Puis, s'il peut être question de régénération, ou de réparation, ce serait plutôt à l'aide d'un tissu cicatriciel, mais recouvert d'épithélium, comme on l'a signalé dans de vieilles fistules, mettant en contact ou communication deux surfaces revêtues d'épithélium. Or, ici, entre les deux bouts uréthraux tapissés d'épi-

thélium, se trouve un trajet intermédiaire formé de tissu de cicatrice, mais qui longtemps entretenu, et par le passage de l'urine et par celui des sondes, peut peut-être se tapisser d'épithélium.

En tous cas, le fait mérite d'attirer l'attention des anatomopathologistes qui auront à examiner le résultat ancien d'une uréthrotomie externe, pour perte de substance de l'urèthre.

Arrivons maintenant à la description du long tube, si heureusement utilisé par M. Defontaine, dans la taille hypogastrisque qu'il fit pour pratiquer le cathétérisme rétrograde.

Comme le fait remarquer l'auteur, l'idée de placer un tube uréthro-hypogastrique, appartient à M. Heurteloup (*Lettre à l'Académie,* le 14 mars 1830), et a été réalisée en partie par M. A. Després, qui, deux fois, utilisa un tube à drainage passant par la plaie, la vessie et l'urèthre, et dont les deux bouts furent liés ensemble (en juin 1883 et juillet 1885). M. Demons (de Bordeaux), fit à peu près de même; au lieu d'un drain, il se servit d'un tube en caoutchouc, auquel il avait pratiqué trois ou quatre ouvertures semblables à celle des drains (*Communication à l'Académie de médecine*, 25 mai 1886).

Au lieu de ces tubes petits et minces, à ouvertures larges et espacées, M. Defontaine a utilisé « un long tube de caoutchouc, placé à la manière d'une sonde, et criblé, à son extrémité vésicale, d'yeux ou ouvertures en très grand nombre ». Il convient, pour éviter toute obturation, de prendre un tube d'un gros calibre ; de plus, le caoutchouc doit être bien lisse et choisi en conséquence.

« Prenant un tube de caoutchouc rouge choisi, long de un mètre et du calibre n° 20, et une pointe fine, courbe de préférence, de thermo-cautère, on commence par arrondir l'extrémité du tube aux dépens de son bord extérieur, afin de faciliter sa pénétration dans l'urèthre. Tenant le tube de la main gauche, on applique ensuite la pointe rougie à 3 millimètres de son extrémité. Cette pointe pénètre dans le caoutchouc qu'elle fond, et bientôt une petite sensation de résistance vaincue, montre qu'on a traversé la paroi du tube ; on retire aussitôt la pointe du thermo-cautère. Si l'orifice n'a pas le diamètre désiré (2 millimètres environ), il suffit de repasser rapidement la pointe du thermo-cautère sur ses bords et dans les points que l'on veut élargir. Le premier trou fait; verticalement au-dessous de lui, et à un centimètre environ, on fait un trou semblable et l'on continue ainsi, suivant une même ligne verticale, à perforer le drain de trous bien réguliers. Il convient d'en faire sur une longueur de 10 centimètres, soit 9 trous. » Une rangée semblable est faite du côté diamétralement opposé, et la pulpe de

l'index gauche permet, en la plaçant successivement sur l'un des trous de la première rangée, de faire la deuxième rangée pareille ou à peu près, ce qui donne 18 orifices. Enfin, entre les deux rangées, on en perce deux autres en ayant soin de faire alterner les orifices de ces troisième et quatrième rangées, pour éviter de trop affaiblir le tube de caoutchouc. Ces deux rangées n'ont alors que 8 orifices au lieu de 9 ; soit en tout 34 orifices répartis sur une longueur de tube de 10 centimètres. Notez que ce chiffre de trous est approximatif et que l'on peut augmenter le nombre des trous et la longueur sur lesquels on les pratique, quand le tube doit être utilisé chez un sujet obèse, à vessie plus dilatée ou plus profondément située.

Ainsi préparé, le tube très suffisamment résistant peut être poussé, ou mieux attiré dans l'urèthre, comme on le fait d'une sonde, et il arrive dans la vessie sans fléchir et sans que ses parois soient déprimées. Rappelons que cette introduction se fait à l'aide d'une bougie attirant un fil passé dans les ouvertures extérieures du tube. Quand il sera placé, la partie criblée de trous devra répondre surtout à la vessie et un peu à l'urèthre profond, voire même à la plaie sus-pubienne, qui d'ailleurs ne doit pas être dépassée. Dans le cas où on ne le fait pas sortir par l'hypogastre, si, par exemple, on voulait suturer la vessie, il suffit de laisser le fil qui le maintient, assez long pour que la cicatrice hypogastrique puisse se faire presque totalement, le tube de caoutchouc étant tenu assez haut dans la vessie.

Voici, pour M. Defontaine, les avantages de ce *modus faciendi* :

1° Les parois vésicales ne seront jamais accolées au tube de façon à en obturer tous les trous. Il servira donc toujours à l'évacuation de l'urine;

2° Conduisant l'urine jusque dans un vase situé peu au-dessous du lit, il empêche le malade d'être mouillé;

3° Son fonctionnement est assuré, à la condition que tous les points du tube laissé libre soient au-dessous de la plaie hypogastrique; ce qui se comprend facilement;

4° Dans l'uréthrotomie externe avec cathétérisme rétrograde, il a l'avantage de remplacer la sonde à demeure et d'éviter toute fixation sur la verge.

M. Defontaine pense que son tube est préférable à la sonde à demeure fermée, cela n'est pas douteux ; mais après toutes les uréthrotomies, on n'emploie plus que des sondes ouvertes et prolongées par un petit tube de verre et un long tube de caoutchouc conduisant l'urine dans un vase le plus souvent même rempli de liquide antiseptique.

Enfin, il croit que son tube rendra les chirurgiens moins hésitants pour pratiquer la cystotomie sus-pubienne et le cathétérisme rétrograde. Le fait est bien possible.

En résumé, Messieurs, je crois qu'il est utile d'expérimenter le tube de M. Defontaine dans les cystotomies sus-pubiennes ; cette expérimentation seule vaut mieux que toutes les considérations auxquelles je pourrais me livrer ici. Elle a parfaitement réussi entre les mains de notre confrère ; je crois donc qu'elle pourra aussi réussir en d'autres mains.

J'ai l'honneur de vous proposer d'adresser des remerciements à l'auteur du travail que je viens d'analyser, et de déposer son mémoire dans les Archives.

J'ajouterai, Messieurs, que M. Defontaine, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin en chef des usines du Creusot, est candidat au titre de membre correspondant, et qu'il nous a communiqué déjà nombre de travaux intéressants qui peuvent le recommander à vos suffrages.

Discussion.

M. Trélat. Il me semble, précisément en raison des faits antérieurs que nous a rappelés M. Terrier, que la très petite modification, apportée par M. Defontaine au tube dont il s'est servi, ne justifie pas l'expression qui a été employée de *tube de M. Defontaine*. Le procédé consistant à placer un tube qui traverse à la fois l'urèthre et la vessie est ancien, le mode d'application seul est nouveau. Il s'agit, au reste, là d'une faible dissidence d'appréciation sur laquelle je n'insiste pas autrement.

M. Tillaux. Je rappelle à la Société que je lui ai communiqué, il y a deux ans, un cas de cathétérisme rétrograde exécuté dans des circonstances analogues à celles qui viennent de nous être rapportées. J'ai, dès cette époque, insisté sur l'utilité du tube de caoutchouc pénétrant par l'hypogastre et sortant par l'urèthre. Actuellement encore j'observe, en ville, un malade que j'ai opéré et traité de même. L'uréthrotomie externe étant faite, il m'a été impossible de trouver le bout postérieur de l'urèthre. J'ai pratiqué la cystotomie sus-pubienne, et, par l'ouverture faite à la vessie, j'ai introduit un tube qui sortait par l'urèthre. Mais, dans ces deux cas, j'ai tout simplement, avec des ciseaux courbes, fait quelques trous à mon tube au niveau de la portion qui plonge dans la vessie. Si un engorgement se produit, il est facile, grâce à la

longueur de ce tube, de le faire voyager en arrière ou en avant, et de s'assurer que la partie perforée fonctionne bien.

M. Th. Anger. J'ai été appelé cette année à donner des soins à un jeune garçon de 12 ans, pour une rupture complète de l'urèthre. J'ai pratiqué une uréthrotomie externe. Ne parvenant pas à trouver le bout postérieur, j'ai, comme M. Tillaux et comme M. Defontaine, fait la taille hypogastrique pour essayer de pénétrer dans l'urèthre d'arrière en avant. Mais, et c'est sur ce point que je désire attirer votre attention, la vessie ouverte, il m'a été absolument impossible de trouver l'orifice de l'urèthre. Après une longue recherche, j'ai dû renoncer à le découvrir, et me suis trouvé dans l'obligation de pénétrer dans la vessie par le périnée à l'aide d'un trocart. C'est à travers ce canal creusé dans les tissus, que j'ai fait sortir le tube introduit par l'hypogastre dans la vessie. Mon petit malade a fini par guérir. Je l'ai revu tout récemment; il urine un peu difficilement peut-être, mais d'une façon très suffisante. Il résulte, je crois, de ce fait, ainsi que des recherches faites depuis lors par moi sur le cadavre, qu'il peut être très difficile, chez l'enfant, de pénétrer par la vessie dans l'orifice postérieur de l'urèthre. Cette difficulté, à mon sens, est telle que l'on doit renoncer à la pratique du cathétérisme rétrograde chez les jeunes garçons.

M. Terrier. A M. Trélat et à M. Tillaux, je réponds que M. Defontaine n'a pas la prétention d'avoir inventé un procédé nouveau; il n'a voulu qu'améliorer le *modus faciendi* d'une pratique qu'il sait ancienne. Si je me suis servi de l'expression de *tube de M. Defontaine,* c'est qu'en réalité le tube qu'il a employé a été très heureusement modifié par lui; ce tube, avec ses trous multiples, faits avec la pointe du thermo-cautère, lui a rendu les meilleurs services; il a pu fonctionner pendant un mois sans que jamais, comme chez le malade de M. Tillaux, on ait été obligé de l'attirer au dehors pour le désobstruer. Je le répète, du reste, M. Defontaine a fait là une tentative qui me paraît bonne; c'est à l'expérience ultérieure de juger définivement de sa réelle valeur.

A M. Anger, je ferai remarquer que je suis fort embarrassé pour lui répondre. M. Defontaine dit que, chez un jeune garçon, il a pu avec la plus grande facilité pratiquer le cathétérisme rétrograde; il en conclut que l'opération est bonne et la recommande. M. Anger a rencontré, au contraire, chez son jeune malade, des difficultés telles qu'il a dû renoncer à faire pénétrer une sonde dans l'urèthre postérieur; il en déduit que l'opération est mauvaise et la proscrit chez les enfants. Auquel croire? Pour moi, j'incline à penser, comme M. Defontaine, que le cathétérisme ré-

trograde peut être mené à bien, même chez les jeunes garçons. Peut-être M. Anger n'a-t-il pas fait à la vessie une ouverture assez large ; peut-être n'était-il pas suffisamment éclairé.

Je crois, du moins, qu'il vaut mieux essayer de pénétrer dans l'urèthre par son orifice vésical, que de se frayer un chemin à travers les tissus, comme l'a fait M. Anger. Agir ainsi, c'est substituer une lésion traumatique à une autre lésion traumatique : le gain me paraît médiocre. M. Anger nous a dit que son petit opéré, aujourd'hui guéri, n'urine *pas mal;* cela ne suffit pas. Il faut qu'un enfant de cet âge puisse uriner très bien.

M. Trélat. Si M. Terrier s'était tout d'abord servi de l'expression de *tube perforé à la manière de M. Defontaine*, et non de celle de *tube de M. Defontaine*, je n'aurais même pas demandé la parole.

M. Tillaux. On peut avoir quelque difficulté à faire saillir la sonde au périnée ; c'est pour cela que j'ai donné le conseil de se servir d'une sonde métallique à laquelle on substitue ensuite le tube de caoutchouc. Mais, par contre, je ne m'explique pas bien que M. Anger ait eu tant de peine à trouver le col de la vessie. Chez mes malades, je l'ai découvert sans peine aucune. Point n'est besoin pour cela d'y voir ; je n'ai même pas essayé d'apercevoir l'orifice de l'urèthre. L'incision hypogastrique est profonde ; la vessie est petite, plus ou moins revenue sur elle-même ; l'opération est délicate, difficile même ; mais ne présente pas d'obstacles insurmontables. La vessie ouverte, le doigt est aussitôt introduit dans sa cavité ; il glisse derrière la symphyse et arrive avec la plus grande facilité sur le col. Il en est du moins ainsi chez l'adulte. Il me semble qu'il doit en être de même chez l'enfant.

M. Anger. Que M. Tillaux veuille bien s'assurer sur le cadavre de la réalité de ce que j'ai avancé ; il verra la peine que l'on peut éprouver à découvrir l'orifice vésical de l'urèthre.

Communication.

Etude sur les inflammations péri-utérines ; elles reconnaissent presque toujours pour cause une maladie des trompes et des ovaires,

Par M. A. Routier.

La fréquence si grande des affections utérines et péri-utérines explique facilement les préoccupations constantes des patholo-

gistes à ce sujet. De tous temps, en effet, médecins et chirurgiens ont essayé de dissiper l'obscurité très épaisse qui entourait l'histoire de ces affections. Restées longtemps dans le domaine exclusif de la médecine, les maladies de l'utérus et de ses annexes sont maintenant revendiquées par la chirurgie ; les nouvelles méthodes de traitement, si hardies et si sûres pour qui les pratique avec le soin nécessaire, sont bien de nature, on l'avouera, à séduire le jeune chirurgien ; c'est peut-être ce qui m'a poussé à entreprendre ce travail.

A une époque encore récente où l'anatomie pathologique des affections péri-utérines ne pouvait se faire que par l'autopsie, les documents étaient rares ; ces maladies à marche chronique n'étant pas de celles que le même médecin peut facilement observer dès leur début et suivre soit jusqu'à la guérison, soit jusqu'à la constatation anatomique. Aussi Bernutz et Goupil provoquèrent-ils, en 1857, une véritable révolution scientifique, en montrant pièces en main que ce qu'on prenait pour un phlegmon du ligament large n'était qu'une péritonite chronique du petit bassin qu'ils appelèrent pelvi-péritonite. Une des autopsies, qui servait de base à leur travail, était précisément celle d'une malade qui, longtemps alitée dans le service de Nonat, lui avait servi de type pour la description de son phlegmon péri-utérin.

La notion de pelvi-péritonite substituée à celle du phlegmon péri-utérin, c'était déjà un grand progrès ; mais il ne restait rien à ajouter à ce que disait Aran en 1860, lorsque, admettant avec Bernutz et Goupil leur type pathologique de la pelvi-péritonite, il ajoutait que l'inflammation primitive des annexes de l'utérus jouait le principal rôle, et était le point de départ de tous les accidents ultérieurs. « Jamais, dit-il, tumeur inflammatoire d'un volume un peu considérable n'a été formée dans le bassin aux dépens du tissu cellulaire péri-utérin seulement ; les tumeurs de ce genre résultent, au contraire, des adhérences des annexes entre elles, des adhérences de ces annexes avec l'utérus et avec les organes renfermés dans la cavité du bassin. » Les collections purulentes, dit-il encore, ont leur siège de prédilection dans les ovaires ou les trompes ; et dans toute collection purulente siégeant dans le betit bassin, on peut toujours retrouver ou la trompe ou l'ovaire plus ou moins altérés.

Je crois, pour ma part, qu'il faut en revenir à l'opinion d'Aran pour la plupart des cas. Si je dis revenir, c'est que depuis 1860 d'autres opinions ont eu cours que je passerai rapidement en revue. Ce n'est pas un historique complet de la question que je présente ici ; on me pardonnera, par conséquent, si je ne cite pas tous ceux qui s'en sont occupés.

En 1870, dans sa thèse qui a fait époque, M. Lucas-Championnière montra l'importance des lymphatiques, et leur assigna le principal rôle dans la pathogénie des abcès péri-utérins. Après lui, Anger, dans sa thèse 1876, faite sous l'inspiration de M. Siredey, défend la même opinion. Au commencement de la même année 1876, A. Guérin publiait dans *la France médicale* et dans *la Gazette hebdomadaire* deux leçons destinées à détruire les idées régnantes sur l'existence du phlegmon péri-utérin pour les remplacer par l'adénite sous-pubienne.

Je ne parlerai que de la première de ces leçons, parce qu'elle relate une autopsie; mais elle n'est rien moins que probante : la malade est morte d'infection purulente, et l'autopsie qui montre seulement qu'il n'y avait pas de phlegmon du ligament large ne prouve rien en faveur de l'adénite, car c'est deux heures après l'autopsie pendant laquelle on n'avait rien conclu, que M. A. Guérin, se ravisant, pensa que le corps rougeâtre trouvé derrière le trou obturateur devait être un ganglion. Le volume seul qu'il lui assigne (petit haricot) prouve à mon sens que ce ne peut être le ganglion situé dans cette région qui est long, aplati, et qui, enflammé, devrait être gros comme une châtaigne.

L'année dernière encore, au mois de mai 1887, dans une communication à l'Académie de médecine, l'ancien chirurgien de l'Hôtel-Dieu reprenait cette question et s'efforçait de prouver ses assertions en s'appuyant sur les données d'anatomie normale que lui fournissaitune pièce sèche déposée au musée de Clamart, à l'occasion d'un concours de prosectorat.

Je ne rappellerai pas la critique savante, mais sévère, que fit à ce sujet le professeur Sappey, dont la compétence en matière d'anatomie, et tout spécialement en ce qui touche au système lymphatique, est au-dessus de tout commentaire.

Ces opinions variées, défendues par des hommes aussi compétents, s'appuient évidemment sur des faits bien observés. Aussi n'oserai-je point être trop exclusif dans la localisation anatomique des suppurations du bassin chez la femme ; il y a certainement des abcès du ligament large présentant des variétés diverses ; mais dans l'immense majorité des cas, on a affaire à des pelvi-péritonites, dont le point de départ est la maladie de la trompe et de l'ovaire. Cette notion change tout ce qu'avaient de stérile les données précédentes quant à la thérapeutique ; il y a mieux à faire qu'à se contenter du repos, des vésicatoires et autres révulsifs.

Ce traitement est du ressort de la chirurgie abdominale.

Lawson Tait, en montrant que l'ablation des ovaires et des trompes malades pourrait guérir un grand nombre d'affections du petit bassin, a rendu un immense service. Il n'a certes inventé ni

Paris. — Société d'imp. PAUL DUPONT (Cl.) 47.1.89. Le Gérant : G. MASSON.

la salpingite ni l'ovarite, nous l'avons montré plus haut; mais au moins a-t-il mis en lumière ce fait, que le diagnostic de cette affection n'était pas au-dessus de nos forces, ce qu'on était volontiers tenté de croire jusqu'à lui.

Depuis, la question a fait de grands pas, et sans vouloir ici rappeler le nom des chirurgiens français ou étrangers qui ont pris part à ce mouvement, nomenclature fort bien faite dans la thèse du Dr Monprofit, je me contenterai d'apporter ma petite pierre à l'édifice en publiant les cas que j'ai vus et ceux que j'ai opérés. C'est du rapport entre ceux-ci et ceux-là qu'est née ma conviction absolue, que la plupart des femmes qui souffrent dans le ventre, et chez lesquelles on peut reconnaître l'existence d'une tuméfaction dans le voisinage de l'utérus, si petite qu'elle soit, ces femmes, dis-je, ont presque certainement les annexes de l'utérus malade, et peuvent donc être guéries par une opération.

C'est pour faire partager cette opinion à mes auditeurs ou à mes lecteurs que je crois devoir publier les observations suivantes :

Observation I. — *Pyo-salpingite et ovarite double. Coliques salpingiennes. Pyo-métrorrhée. Laparotomie. Guérison.*

Mme A..., 28 ans, réglée à 14 ans, a eu, dès l'âge de 17 ans, des douleurs au moment des règles, de la dysménorrhée, le sang venait en caillots. Mariée à 22 ans, elle accouche laborieusement un an après et a des abcès aux seins et des douleurs dans le ventre. Trois mois après, début des douleurs abdominales qui ne vont plus cesser pendant cinq ans, avec leucorrhée et douleurs aux mictions. Chaque époque menstruelle était l'occasion d'une crise douloureuse plus forte, et la perte de sang était suivie d'un écoulement blanc verdâtre.

Dès cette époque, 1883, elle est soignée pour une maladie de matrice; tous les médecins qui l'ont vue s'accordaient à dire, cependant, qu'elle avait une grosseur dans le flanc droit.

En 1885, crise menstruelle des plus violentes suivie d'écoulement de pus par le vagin.

En 1886, crises semblables à la première.

En 1887, au mois de juin, mon confrère et ami le Dr Maestrati me pria de voir cette malade. Elle sortait d'une de ces crises douloureuses et perdait du pus par le vagin. Les douleurs étaient violentes, et la palpation abdominale difficile : je sentis cependant une résistance dans le flanc droit, le fameux plastron des auteurs; au toucher, l'utérus peu mobile, le cul-de-sac vaginal gauche à peu près libre, mais effacé à droite où on sentait une masse résistante continuant l'utérus. Au speculum, je pus constater l'écoulement de quelques gouttes de pus par l'orifice cervical, et il me semblait voir s'accélérer cet écoulemen quand je pressais sur le flanc droit ou quand la malade toussait. J portai le diagnostic de salpingite et conseillai l'opération à la ma-

lade qui ne discuta même pas, ne demandant qu'à en finir avec son infirmité. N'ayant pas de service, je demandai pour elle un lit à mon excellent maître et ami Terrillon, qui mit gracieusement à ma disposition une place à la Salpêtrière. Mais, quand nous examinâmes ensemble la malade, la tuméfaction était à peine appréciable, il ne s'écoulait plus de pus par l'utérus, et la malade ne présentait plus que le symptôme d'une vulgaire pelvi-péritonite ou d'un phlegmon chronique des ligaments larges.

Elle sortit de l'hôpital; quinze jours après, elle y rentrait et je faisais constater aux assistants l'écoulement de pus utérin.

L'opération fut décidée, et je la pratiquai le 26 juillet, un peu contre l'avis de mon excellent maître Terrillon. Durée de l'opération, une heure quinze minutes. J'extirpai les ovaires et les trompes malades des deux côtés : à droite, gros abcès tubo-ovarien ; à gauche, trompe kystique à contenu épais et brunâtre. Drainage pendant quarante-huit heures. Guérison complète.

J'ai revu cette malade il y a quelques jours, quinze mois après mon intervention; elle est devenue forte et robuste et n'a plus la moindre douleur.

Obs. II. — *Pyo-salpingite chronique double. Pyo-métrorrhée. Laparotomie. Mort.*

Mme A..., 28 ans, a toujours souffert de son ventre depuis une fausse couche qui remonte à trois ans. Ces douleurs sont devenues si fortes depuis trois mois qu'elle entre à l'hôpital. Elle était soignée pour une maladie de matrice depuis cet avortement. Les règles ne viennent plus à époque fixe, et sont toujours l'occasion de nouvelles douleurs. L'utérus est gros, peu mobile, les culs-de-sac sont empâtés ; avec la main sur l'abdomen, on sent une induration dans les deux flancs. Il semble qu'il s'écoule du pus par le museau de tanche.

30 *août* 1887. Laparotomie avec l'aide de mon collègue Schwartz. Extirpation des trompes et des ovaires de chaque côté. Les trompes sont dilatées, tortueuses, grosses comme les deux pouces; les ovaires font corps avec le pavillon, le tout très adhérent aux parois du petit bassin. La trompe droite contenait du pus.

La décortication avait été cependant assez facile ; l'opération n'avait duré que quarante minutes. Je ne drainai pas, mal m'en prit ; la malade mourait, le 3 septembre, de péritonite suppurée. J'ai su depuis que le matériel n'était pas irréprochable.

Obs. III. — *Pyo-salpingite double. Laparotomie. Guérison.*

M..., 27 ans, réglée à 14 ans, mariée à 17, fait une fausse couche en 1886, qu'elle prit pour une simple perte ; elle ne se soigna pas, mais bientôt elle resssentit de violentes douleurs abdominales. Depuis cette époque, elle a maigri, ses règles sont irrégulières et elle perd en blanc dans l'intervalle. A la palpation, empâtement dans les flancs, utérus petit, culs-de-sac pleins, surtout à gauche.

Laparotomie le 20 août 1887. J'enlève les ovaires et les trompes de chaque côté; les ovaires faisaient corps avec les trompes qui étaient kystiques et contenaient du pus. La décortication avait été laborieuse, et le petit bassin saignait assez fortement. Je fis un lavage à l'eau très chaude avec un résultat moins satisfaisant qu'on ne pourrait le croire; je plaçai deux drains debout qui sortaient par l'angle inférieur de la ligne de suture; ils restèrent en place trente-six heures.

Guérison complète. En ce moment, la maladie est absolument disparue.

A cette même époque, j'ai eu l'honneur d'aider M. le Dr Horteloup à opérer une pyo-salpingite double; les deux trompes formaient deux volumineux abcès, gros comme le poing; une d'elles se creva pendant la décortication; un lavage fut fait.

La malade est parfaitement guérie, et cependant les trompes et le liquide examinés au laboratoire de M. le professeur Cornil furent déclarés tuberculeux.

Obs. IV. — *Pyo-salpingite double. Laparotomie. Mort par hémorrhagie.*

L..., 36 ans, n'a jamais eu d'enfants ni de fausse couche. Elle éprouve de violentes douleurs dans le bas-ventre, depuis cinq ou six ans; ses menstrues toujours régulières ont cessé de l'être depuis trois ans, et elle perd des caillots. Elle raconte qu'à deux reprises, il y a six mois et quatorze mois, elle a souffert en urinant; de plus, l'urine était blanche comme du lait.

La palpation abdominale est douloureuse, l'utérus peu mobile, pas très gros; les deux culs-de-sac sont effacés; à gauche surtout, le cul-de-sac vaginal est remplacé par une masse dure qui semble collée derrière le pubis; on peut la retrouver par la palpation abdominale qui décèle un large plastron; c'est absolument la série des signes assignés, par M. A. Guérin, à l'adéno-phlegmon sous-pubien.

Après avoir étudié la malade un mois environ, avoir assisté à ses règles; je lui propose l'opération.

15 *juin* 1888. Laparotomie, avec l'aide de M. Nicaise, à l'hôpital Laënnec. Extirpation des trompes et des ovaires, le tout était très adhérent au fond du petit bassin et en avant. J'appliquai une ligature sur chacune des cornes utérines, puis je liai le pédicule des vaisseaux utéro-ovariens à droite; il se déchira à gauche.

Les adhérences étaient très étendues, aussi l'hémorrhagie était-elle assez forte. Ne voyant pas le point spécial susceptible d'être pincé, je fis un lavage très chaud qui sembla arrêter l'écoulement de sang. Deux drains debout furent placés. L'opération avait duré une heure cinq minutes. Cinq heures après, on m'avertissait qu'il y avait une hémorrhagie; j'ouvris la suture et fis un tamponnement suivant le précepte de Mickulicz, mais la malade ne se réchauffa pas et mourut trois heures après.

Nous avons fait l'autopsie avec M. le Dr Nicaise, et nous avons constaté que l'hémorrhagie provenait du pédicule utéro-ovarien droit, celui précisément que j'avais pu lier; mais la ligature qui tenait encore bien était posée en bec de flûte sur la section des vaisseaux et deux grosses veines ouvertes en arrière de l'anse du fil de soie avaient donné tout le sang. Le nettoyage du petit bassin était parfait, et il n'existait aucun ganglion sous-pubien; le toucher, du reste, permettait de constater la disparition de toutes les masses pour lesquelles nous avions entrepris l'opération.

Obs. V. — *Salpingite. Ovarite. Laparotomie. Guérison.*

G..., 30 ans, a toujours été bien réglée depuis 15 ans 1/2. Mariée à 20 ans en 1879, elle fait successivement une fausse couche, et trois accouchements normaux, puis, une fausse couche en 1885. Après cette dernière, elle se lève dès le quatrième jour, mais bientôt elle doit reprendre le lit et a successivement plusieurs crises de douleurs abdominales avec fièvre, caractérisées de péritonites.

En 1886, elle est soignée pour une ulcération du col.

En 1886 et 1887, elle séjourne ensuite plusieurs mois dans des services toujours soignés pour son utérus. Les douleurs étaient toujours très vives, surtout à gauche, et très exaspérées par la marche.

Elle me fut adressée en juin 1888 par mon excellent ami le Dr D. Labbé.

Le ventre était normal comme aspect, mais douloureux à la pression, surtout du côté gauche et au-dessus du pubis, on ne pouvait pas facilement pratiquer la palpation. L'utérus, d'un volume normal, était peu mobilisable. En arrière de lui existait une tuméfaction arrondie simulant une rétro-flexion; mais cette tumeur me parut moins dure que l'utérus et je déclarai que ce devaient être les annexes tombées en arrière. Par contre, sur la gauche et en avant, on sentait une autre tumeur comme accolée derrière le pubis. Je proposai l'opération. Elle fut acceptée.

13 *juillet* 1888. Laparotomie. Extirpation des ovaires et des trompes: à gauche trompe soudée à l'ovaire, dilatée et hypertrophiée, le tout fortement adhérent surtout en avant; à droite, trompe plus grosse, soudée aussi, à l'ovaire qui est gros comme une mandarine, présente plusieurs kystes sanguins et est adhérent dans le cul-de-sac rétro-utérin. La section après ligature fut faite au thermocautère. L'hémostase me semblant parfaite, la toilette de la cavité très soigneusement faite, je suturai la paroi sans drainage.

La guérison a eu lieu sans incident, la malade a repris une vie active et est enchantée de mon opération.

Obs. VI. *Hémo-salpingite. Kystes multiples des ovaires. Extirpation suivie d'hystérectomie. Guérison.*

M..., 33 ans, a toujours été bien réglée depuis l'âge de 12 ans. Elle est mariée depuis quatorze mois. Depuis cinq ans, ses règles trop

abondantes sont précédées et suivies de douleurs très vives, et elle perd des caillots.

En septembre 1887, elle a perdu une matière visqueuse et filante couleur chocolat. Cette perte continue depuis et est remplacée cinq jours tous les mois par le sang menstruel.

En janvier 1888, elle a une poussée de péritonite avec vomissements porracés et ballonnement.

En mars 1888, nouvelle poussée de péritonite, celle-ci observée par le Dr Pastol qui me confie sa malade.

On trouve par la palpation du ventre une tumeur en forme de cœur de carte à jouer, les masses lobulées à droite et à gauche sont fluctuantes par places, il paraît y avoir plusieurs loges. Le petit bassin est plein ; l'utérus très haut, immobile, les culs-de-sacs sont pleins, le toucher rectal permet d'apprécier encore mieux la tumeur rétro-utérine. Je pensai à un kyste multiloculaire de l'ovaire, mais avec hémosalpingite à cause de cet écoulement chocolat.

29 août 1888. La parotomie; kystes multiloculaires en grappe; kystes gélatineux, à contenu très variable; trompes plus grosses que normalement, ayant au moins le volume de trois gros doigts réunis. Le tout était fortement adhérent aux parois du bassin, à l'utérus, à l'intestin grêle et à l'épiploon. — Décortication longue et pénible, hémorrhagie très abondante surtout sur l'utérus ; mes tentatives de ligatures déchirent le tissu utérin, je n'ai d'autre ressource que d'enserrer l'utérus avec un fil de caoutchouc comme pour l'hystérectomie. Les deux pédicules salpingo-ovariens avaient été liés, puis sectionnés au thermocautère. L'anse d'intestin grêle reste accolée à la partie inférieure de l'utérus. Comme dans les hystérectomies que j'ai eu à faire, j'ai supprimé la broche, retenant mon pédicule avec les crins de Florence de la suture de la paroi. L'opération a duré une heure trente-cinq. — Guérie sans incident.

Obs. VII. — *Salpingo-ovarite double. Extirpation. Guérison.*

C..., 29 ans, réglée à 11 ans 1/2, fièvre typhoïde à dix-sept ans. Rhumatisme articulaire en 1882. Variole en 1883. A cette époque, il n'y eut aucun accident du côté du bas-ventre.

En 1885, accouchement à terme suivi de pelvi-péritonite, elle a toujours eu depuis une leucorrhée abondante.

En 1887, accouchement laborieux ; elle doit garder le lit plus de deux mois, pertes de sang abondantes avec caillots. Depuis, les règles sont toujours douloureuses et trop abondantes.

En juin 1888, les douleurs du bas-ventre sont si fortes qu'elle entre à l'hôpital dans un service de médecine, on traite sa métrite par le curetage qui est suivi d'une nouvelle attaque de pelvi-péritonite avec hémorrhagie.

Quand elle vient dans le service le 30 juillet, il y a deux mois qu'elle perd du sang et des caillots, les douleurs sont continuelles même au lit. Elle est très amaigrie. Douleur à la palpation, ventre dur, indu-

ration à gauche au-dessus du pubis. Le col est gros, l'utérus immobile, les deux culs-de-sac sont empâtés, pleins, on sent une tuméfaction en arrière du pubis qui semble se continuer avec celle que permet de découvrir la palpation. L'utérus est en rétroversion.

5 *septembre*. Laparotomie. Ablation de l'ovaire et de la trompe droite après décortication très pénible. Ligature du pédicule et section au thermocautère. A gauche, l'intestin grêle est adhérent à tout le détroit supérieur et arrive jusqu'à la ligne médiane. Ces adhérences sont telles qu'il n'y a pas lieu de songer à les détruire. Au-dessous, accolé au pubis et au trou sous-pubien, à travers une membrane, je sens l'ovaire et la trompe. Après des efforts multiples, j'arrive à pédiculiser la trompe très dilatée et hypertrophiée, au moment où je croyais aussi amener l'ovaire, il se produit une forte déchirure, et il s'écoule de la trompe du liquide louche blanchâtre. Ligature de la trompe à la corne utérine, section au thermocautère.

Hémorrhagie inquiétante provenant de la déchirure, impossible de rien saisir au-dessous de cette anse intestinale qui masque le pelvis et rend les manœuvres non seulement difficiles, mais périlleuses. Après avoir fortement épongé ce recoin, je ne vois d'autre moyen d'arrêter le sang que le tamponnement, je le pratique avec une longue mèche iodoformée de 75 centimètres que j'introduis très méthodiquement, et dont l'extrémité sortira au bas à la ligne de réunion.

La suture est faite comme toujours au crin de Florence, et un dernier crin destiné à être serré lors de l'ablation de la mèche est mis en place. Durée une heure trente-cinq.

La mèche fut enlevée après quarante-huit heures ; la malade allait bien ; les trois jonrs qui suivirent, elle présenta avec une température normale une agitation extrême du pouls, la langue fut un moment sèche, et la malade eut quelques lipothymies, mais le tout s'arrangea bientôt, et aujourd'hui la malade complètement guérie a repris sa vie habituelle.

Obs. VIII. — *Salpingo-ovarite hémorrhagique. Péritonite généralisée. Extirpation des trompes et des ovaires. Guérison.*

D..., 37 ans. Toujours bien portante, réglée depuis l'âge de 14 ans. Chaque époque durait sept jours. En janvier 1886, elle a accouché à terme d'un enfant qui meurt à six semaines ; elle a aussitôt une perte de sang qui dure dix-huit jours ; depuis cette époque, elle n'a jamais plus été réglée.

Des douleurs très vives dans le ventre avec pertes blanches lui font demander son admission à Necker, elle y séjourne plusieurs mois (dans le service de M. le professeur Guyon).

A sa sortie, elle était loin d'être guérie : enfin, il y a trois semaines, métrorrhagie fort abondante pour laquelle elle vient à Laennec. Les douleurs toujours très vives, existent continuellement à gauche. Le ventre est globuleux, régulièrement arrondi, on croit qu'on va sentir un kyste ovarique : la palpation donne aussi la sensation d'une tumeur

peu tendue ; mais sonorité partout. Utérus peu mobile, incliné à droite, douloureux à la mobilisation : le cul-de-sac gauche paraît à peu près normal, mais on sent au fond du cul-de-sac droit une tuméfaction qui remonte le long de l'utérus.

Non content de cet examen répété plusieurs fois, je le pratique de nouveau avec l'aide du chloroforme, j'assure l'existence de cette tuméfaction à droite et je propose l'opération.

19 *septembre* 1888. Laparotomie, le péritoine pariétal très épaissi a l'aspect grisâtre du carton mouillé. L'abdomen ouvert il s'écoule quelques cuillerées de liquide ascitique et on voit une fausse membrane grisâtre qui cache tout le paquet intestinal et qui, d'un point adhérent au pubis gauche, s'étend jusque vers les parties supérieures. C'est l'épiploon quadruplé d'épaisseur par cette néo-formation. Je sectionne la bride adhérente entre deux ligatures, je détache péniblement l'épiploon de la paroi abdominale ouvrant à droite et à gauche, de petits kystes tantôt séreux, tantôt sanguins. Enfin il m'est permis de plonger dans le petit bassin. Je détache non sans peine, l'ovaire et la trompe gauche fortement adhérents, dilatés et kystiques, ligature du pédicule et section au thermocautère. Alors seulement je sens nettement l'utérus et les annexes droites qui forment une tumeur de la grosseur d'une mandarine. Décortication, pédiculisation, ligature, section au thermocautère. L'ovaire et la trompe sont remplis de sang noir coagulé comme une vieille hématocèle.

Toilette soignée du péritoine ; malgré ce grand décollement, l'hémorrhagie nous paraissant bien arrêtée, je ferme complètement l'abdomen. L'opération a duré quarante minutes.

Les suites ont été des plus simples ; cependant la température est toujours restée élevée à 38-39°. Au bout de quatre semaines, elle a fait un abcès qui s'est ouvert la nuit au bas de la ligne de suture. Cet abcès a été drainé et lavé ; nous avons vu sortir les deux soies qui étreignaient les pédicules.

Obs. IX. — *Salpingo-ovarite double. Extirpation. Guérison.*

L..., 22 ans. Toujours bien portante, réglée à 12 ans, mariée à 19, accouche à terme neuf mois après, et se lève après quatorze jours : mais prise de douleurs dans le ventre, elle se met au lit et est soignée pendant six semaines pour une péritonite. Depuis cette époque, elle n'a plus cessé de souffrir surtout dans le flanc gauche. Ses règles sont régulières, durent huit jours avec caillots, fortes pertes blanches dans l'intervalle. Elle est pâle, amaigrie, se voit forcée de cesser tout travail ; une métrorrhagie qui dure depuis douze jours l'amène à Laennec.

Le ventre est dur, la palpation impossible, le col utérin saillant regarde à droite et en avant. Rétroversion manifeste. Le cul-de-sac gauche est effacé, et rempli par une tuméfaction mollasse qui entoure le col de ce côté, débordant en avant et en arrière ; vrai hausse-col des auteurs ; la pression sur ce point est très douloureuse, on y sent des

battements. A droite, mêmes signes moins accusés. Le toucher rectal permet d'apprécier le gros volume de l'induration.

25 *septembre* 1888. Laparotomie, le décollement des ovaires et des trompes est rendu très difficile par l'intestin qui a une tendance continue à descendre dans le petit bassin. Les ovaires et la trompe fort adhérents entre eux ; comme toujours, le pavillon n'existe plus : les trompes des deux côtés fort dilatées contiennent du sang noir à gauche, du liquide blanchâtre à droite. Ligatures difficiles des pédicules qui ont une tendance à se déchirer. Section au thermocautère. Une partie de la surface de l'utérus fortement adhérente à l'ovaire et à la trompe gauche saigne assez abondamment, le thermo-cautère suffit pour parfaire l'hémostase. Réunion totale de la paroi péritonéale. Durée de l'opération, quarante-cinq minutes.

Quarante-huit heures après, la malade est agitée, vomit continuellement et est couverte d'une éruption rouge sur tout le corps ; les taches sont ecchymotiques, ne disparaissent pas sous le doigt, le pouls est incomptable. Mon ami et collègue J. Rénoy veut bien voir la malade avec moi et diagnostique une éruption iodoformique. Je change le pansement iodoformé pour un pansement au salol. Tout se calme et la malade va très bien.

Elle est sortie parfaitement guérie.

Obs. X. — S..., 30 ans, bien réglée depuis l'âge de 15 ans, se marie à 20 ans. Depuis cette époque, ses règles ont toujours été trop abondantes et ont duré dix jours en moyenne.

A 22 ans, fausse couche de trois mois, reste six semaines alitée; puis viennent successivement deux grossesses menées à terme.

Depuis 2 ans, sans cause appréciable, douleurs vives dans le ventre, qui augmentent au moment des règles, mais qui sont calmées par l'écoulement du sang. Pertes sanguinolentes dans l'intervalle des règles qui, comme nous l'avons dit, durent dix jours.

Soignée par les Drs Béringier et Maygrier, elle m'est adressée. Femme maigre, chétive. Douleur à la palpation dans les fosses iliaques. Utérus en rétro-flexion, peu mobile, douloureux surtout sur ses bords qui semblent se continuer avec quelque chose d'épais ; je sens une induration surtout à gauche. Hystérométrie : sept centimètres.

30 *novembre* 1888. Laparotomie. A gauche, ovaires et trompes adhérents au petit bassin, surtout en avant vers le trou obturateur. J'arrive à détacher la trompe épaissie, allongée, gonflée, comme une saucisse, mais l'ovaire reste, je ne m'acharne pas à le décortiquer ; à droite, mêmes lésions avec kystes séreux et sanguins dans l'ovaire, liquide jaune dans la trompe. Ligatures des deux pédicules à la soie et section au thermo-cautère. La trompe gauche contient un liquide sanguinolent. Suture de la paroi au crin de Florence. Iodoforme, coton hydrophile. — Guérison sans le moindre incident.

Outre ces malades que j'ai opérées, j'en ai vu deux autres chez qui je diagnostiquais aussi une salpyngo-ovarite ; j'ai eu fort heu-

reusement des renseignements sur leur état ultérieur. L'une que je devais opérer, était une Anglaise fort alcoolique et morphinomane, malade depuis sept ans, qui, la veille du jour où je devais agir, a été prise de delirium tremens et d'une sorte de folie qui ont nécessité des soins prolongés; il y a un an environ, on m'a dit qu'elle ne souffre plus. Une autre reculant devant l'ouverture du ventre a été traitée par un confrère par le curetage utérin, elle n'est pas guérie.

Referai-je à propos de ces observations, l'histoire maintenant connue des diverses formes de salpyngite : ce serait facile, car j'en ai eu de toutes les variétés; mais ce n'est pas là mon but. Je tiens à attirer l'attention sur ce fait qu'il n'est pas besoin de constater l'écoulement ou du pus ou du sang noir par l'orifice utérin pour dire salpyngite : signe que j'avais le premier mis en lumière dans les observations que je communiquai à la Société de chirurgie, l'an dernier.

Je crois, au contraire, qu'il faut dire salpyngo-ovarite toutes les fois qu'on aurait dit phlegmon du ligament large ou pelvi-péritonite. Celle-ci, comme l'avait bien vu Aran, n'est que la conséquence de l'inflammation des annexes, et plus l'intervention sera tardive, plus elle apportera d'obstacles à la décortication des ovaires et des trompes. C'est-à-dire qu'il importe de faire un diagnostic hâtif si on veut augmenter les chances de succès.

L'idée de rendre la femme impropre à la reproduction doit-elle arrêter le chirurgien? Je ne le crois pas d'autant que c'est chose faite avant l'extirpation des trompes et des ovaires. Pas une des malades que j'ai pu observer n'a été fécondée après sa maladie confirmée.

Quant à la gravité de l'opération, il ne faut pas se la dissimuler; la décortication des ovaires et des trompes malades sera toujours une opération dangereuse.

Tout d'abord, elle est fort difficile à bien faire ; je suis sûr que je n'aurais pas pu terminer les opérations n° VI, VII et VIII, par exemple, si elles s'étaient présentées parmi les premières malades de ma série. Plus encore que dans l'ovariotomie pour kystes ou pour tumeur solides il faut être prêt à tous les imprévus, à toutes les surprises que présente la chirurgie abdominale et qui en font le charme à mon avis. Les ovaires et les trompes qu'on se propose d'enlever sont souvent converties en un gros abcès à parois friables et très adhérentes, on risque donc fort de crever l'abcès dans le péritoine au cours de sa décortication : ce n'est pas le moment de se décourager ; il y a mille ressources; le lavage du bassin, la toilette minutieuse avec les éponges, et si tout cela est bien et suffisamment fait, la malade guérit.

L'hémorrhagie est un des plus grands périls au cours de cette opération. Au moment de la déchirure de certaines adhérences, de certaines veines, le sang coule à flots, remplit le petit bassin et déborde par l'incision en moins de temps que je n'en mets à l'écrire. Il faut promptement y porter remède : les pinces de toutes sortes, les éponges, en comprimant, suffisent quelquefois; mais le plus souvent il faut pratiquer des ligatures, presque toujours avec difficulté, soit à cause de la profondeur à laquelle on opère, soit à cause de la friabilité des tissus.

Dans une de mes observations, j'ai du comme moyen hémostatique de suprême ressource pratiquer l'hystérectomie : j'imitais sans le savoir la conduite tenue par Tauffer dans 3 de ses opérations. M. Pozzi qui rapporte ces faits dans une leçon publiée dans le *Progrès médical* dit qu'il a toujours pu se rendre maître de l'hémorrhagie par la suture en surjet; les tissus sur lesquels j'aurais eu à l'appliquer étaient si friables que je doute d'avoir pu réussir par ce moyen. L'hystérectomie surajoutée à la décortication de tout le petit bassin était certes une grosse aggravation dans le pronostic de mon intervention; je suis récompensé de ma hardiesse par la guérison complète de la malade.

Sur mes dix opérées, j'ai eu deux morts, j'en assume toute la responsabilité. La première est morte de péritonite suppurée : j'ai su après coup que le matériel n'était pas absolument irréprochable, j'aurais dû le savoir avant. La seconde est morte d'hémorrhagie, la ligature était mal faite ainsi que nous l'a démontré l'autopsie, ou a mal tenu à cause de la manière dont je coupais le pédicule une fois la ligature appliquée.

Il ne faut pas perdre de vue qu'on lie une membrane large; ce n'est que par artifice et par force qu'on en fait un pédicule; la ligature serrée, dès que les parties à enlever sont détachées, la membrane tend à reprendre sa place, à se déplisser, elle peut glisser facilement sous le fil; rien ne l'arrête quand on fait la section avec un instrument tranchant comme le bistouri ou le ciseau. C'est ce dernier instrument que j'employais alors.

Je ne me sers plus que du thermo-cautère que j'avais vu employer par M. Championnière surtout dans un but aseptique, pour stériliser la surface de coupe qui porte le plus souvent au travers de cavités suspectes. Je reconnais au thermocautère, outre cette propriété précieuse, celle de faire de l'hémostase par lui-même, et aussi de souder ensemble instantanément tous les plis de membrane ou de tissus pris par la ligature, de sorte qu'il se forme de suite comme un champignon dont les bords du chapeau débordent le fil de la ligature et empêchent ainsi que celui-ci ne dérape. Depuis que je me sers du thermo-cautère, je n'ai plus eu

d'hémorrhagie. Cet instrument est en outre très utile pour toucher dans le petit bassin les points saignants et difficiles ou impossibles à lier.

Il est très important, en effet, de faire une hémostase complète, de bien sécher la cavité pelvienne; des liquides en contact avec toute cette surface cruentée du pelvis, avec les ligatures, les intestins, les cornes utérines, auraient bien des raisons pour se putréfier et causer une péritonite purulente ou tout au moins des abcès consécutifs.

C'est dans cette crainte que j'ai quelquefois lavé le péritoine à l'eau très chaude espérant aussi par ce moyen arrêter l'écoulement du sang. Ce procédé m'a peu satisfait et me paraît beaucoup au-dessous de sa réputation comme hémostatique, j'ajoute que j'ai employé l'eau aussi chaude qu'on l'a conseillé : 45° C. au moins.

C'est encore dans le même but et pour éviter l'accumulation des liquides qu'on a conseillé le drainage du péritoine ; je l'ai employé, peut-être trop rarement, je suis convaincu que, si j'avais drainé le péritoine déjà si malade de mon observation VIII, cette femme n'aurait pas eu cet abcès consécutif. J'aurais peut-être encore évité la mort de mon observation II si j'avais drainé. Je suis de ceux en effet qui croient que jamais un drain propre n'a causé la suppuration, cette opinion est basée sur les faits nombreux de l'emploi du drain dans le pansement des plaies ; je puis dire d'une manière générale que je n'ai jamais eu de suppuration, sauf dans les cas où j'avais omis le drainage.

Plutôt que de m'exposer à une hémorrhagie ou à un suintement dans le petit bassin, j'ai, dans l'observation VII, tamponné la surface saignante avec la gaze iodoformée. J'ai modifié la méthode dite de Mickulicz espérant la simplifier, j'ai pris une mèche de gaze de 75 centimètres environ de longueur, de 2 travers de doigts de large sur 5 ou 6 doubles, et je l'ai tassée méthodiquement, centimètre par centimètre, de façon à ce qu'en tirant sur le bout que j'allais laisser sortir par la partie inférieure de la ligne de suture, tout se déroulât facilement. J'évitais ainsi de laisser non réunie et béante la majeure partie de mon incision, et très peu de la surface des intestins se trouvait en rapport avec le tamponnement. Jaloux du reste de bien faire la réunion, j'avais placé dans cette partie de l'incision par où passait la mèche un crin de Florence destiné à être serré et à affronter les bords lors de la suppression de cette mèche. J'ai du reste l'habitude de placer ainsi un crin toutes les fois que je mets un drain ; on serre le fil quand on supprime le drain, je l'appelle le fil d'attente.

Somme toute, et malgré mes deux morts dont me consolent, il est vrai, un peu mes huit guérisons, je trouve le résultat suffisant

pour prouver ce que j'avançais au début de ce travail et dire : qu'on doit proposer la laparotomie à toute malade qui, présentant depuis un certain temps, 3 ans et demi en moyenne, d'après mes observations, des douleurs dans le ventre, offre en outre au toucher des tuméfactions dans la région de ses ligaments larges.

Pour ma part, depuis que j'ai suivi cette conduite, des malades auxquelles j'avais diagnostiqué une salpyngo-ovarite, peu m'ont refusé la laparotomie, deux tout au plus ; celles qui l'ont acceptée, je viens de vous rapporter leur histoire ; toutes avaient des lésions avancées des trompes et des ovaires ; je puis, ce me semble, conclure avec raison qu'il en était de même chez les autres.

M. le Président propose, plusieurs membres ayant demandé la parole, de remettre à une séance ultérieure, alors que la discussion sur le traitement du cancer de l'utérus aura pris fin, la discussion sur la communication de M. Routier.

Présentation de malades.

1° *Résection articulaire pour déviation du gros orteil.*

M. Jalaguier présente un malade auquel il a pratiqué la *résection des têtes des premiers métatarsiens pour une déviation à angle droit des gros orteils.*

M. Monod présente à ce propos le moulage du pied d'un malade auquel il a pratiqué une opération semblable. Il a eu trois fois cette année occasion de faire cette opération, aux deux pieds, soit en tout six résections articulaires pour déviation angulaire de gros orteil, et cela avec d'excellents résultats.

2° *Résultat éloigné de la désarticulation du genou.*

M. Polaillon. Ce malade a déjà été présenté à la Société de chirurgie le 27 avril 1881. Je lui ai désarticulé le genou le 14 décembre 1880. Je le présente de nouveau, huit ans après son opération, pour faire constater le résultat, qui se maintient excellent. La cicatrice est en arrière, derrière les condyles. L'opéré peut appuyer directement sur les condyles sans la moindre douleur. Dans la marche, c'est cette surface condylienne qui porte sur le membre artificiel. Aucune ulcération ne s'est manifestée dans ce point. Le résultat déjà éloigné de l'opération ne laisse rien à désirer.

Commission pour une place de membre titulaire.

MM. MARCHAND, BOUILLY et ROUTIER sont nommés membres de la commission.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
CH. MONOD.

Séance du 21 novembre 1888.

Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. ASSAKY avec l'envoi de ses titres à l'appui de sa candidature à une place de membre correspondant national;

3° *Collection des anciens alchimistes grecs*, par M. BERTHELOT, 3e livraison. Envoi de M. le Ministre de l'Instruction publique.

Suite de la discussion sur le traitement du cancer de l'utérus.

M. SCHWARTZ. Comme l'ont dit plusieurs de nos collègues, le moment n'est peut-être pas encore venu de discuter efficacement la valeur thérapeutique de l'hystérectomie vaginale totale pour la cure des cancers de l'utérus. A notre avis, les deux opérations, partielle et totale, ont leurs indications qu'il s'agira de délimiter d'après les formes anatomiques des cancers, lorsqu'elles seront mieux connues, d'après leurs points de départ, d'après l'envahis-

sement plus ou moins rapide et précoce des voies lymphatiques et des ganglions, variable suivant les variétés de tumeurs. Ce sont là, ce me semble, les faits qui dominent la pathologie et la thérapeutique du cancer utérin et qu'il s'agira d'élucider avant d'établir toute conclusion ferme. Pour ces raisons, nous ne communiquerons ici que des faits à ajouter à ceux énumérés déjà.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer 5 fois l'ablation du col de l'utérus pour des cancers paraissant limités ; une fois nous avons fait l'amputation supravaginale, d'après Schröder, pour un cancer de la cavité faisant issue au dehors ; une fois seulement nous nous sommes décidé à enlever la totalité de l'utérus par le vagin.

Les 5 opérations d'ablation du col cancéreux ont été faites au galvanocautère (anse galvanique) pour trois d'entre elles ; deux ont été pratiquées au thermocautère et avec les ciseaux courbes. Il n'y a pas eu d'accidents ; les femmes ont guéri de l'opération. Voici quelles ont été les suites au point de vue du résultat thérapeutique :

Une malade, opérée en 1884, âgée de 24 ans (on sait combien le pronostic est grave dans ces cas), a été revue guérie au commencement de l'année 1888, soit quatre ans après l'opération. La tumeur enlevée à l'anse galvanique a été examinée et le diagnostic épithélioma lobulé n'était pas douteux. Il l'a été d'autant moins au point de vue clinique, que nous avons été obligés, trois mois après la première intervention, d'enlever au thermocautère un point où le mal avait récidivé et qui a été manifestement reconnu comme formé par de l'épithélioma lobulé à l'examen microscopique. Lorsque j'ai revu cette jeune femme au commencement de l'année, elle était absolument bien portante et venait me consulter pour se marier, en me promettant de revenir me voir si le moindre mal lui arrivait. Je ne l'ai pas revue, ce qui me fait supposer que, depuis, l'état n'a pas changé.

Des quatre autres opérées par l'ablation simple du col, deux sont parties guéries, sans que j'aie jamais pu avoir de leurs nouvelles. Les deux autres sont mortes de récidive, l'une au bout de huit mois, après une seconde opération qui a consisté en un curetage, l'autre au bout de six mois. La récidive s'est montrée, pour les deux, trois mois après la première opération. De ces quatre opérées, l'une avait 37 ans, les trois autres de 50 à 55 ans. Chez toutes, le diagnostic clinique a été confirmé par le diagnostic histologique ; c'étaient des épithéliomas lobulés végétants. Chez une de celles qui est partie guérie et que je n'ai pas revue, il s'agissait d'une forme polypeuse du cancer, implantée dans le canal cervical.

J'ai pratiqué une fois, il y a deux ans passés, l'hystérectomie supravaginale chez une femme de 50 ans, atteinte d'un épithélioma qui me paraissait venir de la cavité cervicale et avoir envahi secondairement le museau de tanche. Après avoir enlevé le col de l'utérus et visité le corps, je cautérisai avec le thermocautère le moignon restant et surtout le canal muqueux dans lequel je plaçai, par surcroît de précaution, un tampon de ouate imbibé de chlorure de zinc au tiers. La pièce examinée au microscope a montré que le mal envahissait la cavité cervicale et une partie du museau de tanche, mais sans s'infiltrer dans les faisceaux musculaires de la matrice. Il s'agissait d'un épithélioma tubulé, paraissant surtout développé aux dépens des éléments glandulaires.

C'était un cas où il eût été tentant de faire l'hystérectomie totale; tout était disposé pour l'opération, qui eût été facile, et que nous n'avons pas faite alors, convaincu que nous étions de la possibilité d'enlever largement tout le mal en faisant courir à la malade moins de dangers. Je regrette aujourd'hui de ne pas m'être arrêté au premier parti, car la malade est morte de récidive au bout de dix-huit mois, avec envahissement rapide du vagin. Aurais-je eu, par l'ablation totale, plus de chances de guérison définitive? Je ne le sais; en tout cas je n'aurais pas à me reprocher d'avoir été trop parcimonieux dans mon intervention, et actuellement je n'hésiterais pas, devant un cancer de la cavité, si limité qu'il parût, à pratiquer l'extirpation totale.

Mon dernier fait est une hystérectomie vaginale totale chez une jeune femme que m'avait adressée, à l'hôpital Beaujon, le docteur Havage. C'était une femme de 46 ans, d'apparence robuste; l'examen nous montra une tumeur ulcérée du col ayant détruit presque entièrement la lèvre postérieure, tandis que l'antérieure était relativement intacte, sans envahissement des culs-de-sac, mobilité complète de la matrice. L'hystérectomie fut pratiquée sans aucune difficulté le 26 juillet, en vingt-cinq minutes. Je plaçai trois pinces à demeure sur les ligaments larges; le pansement fut fait avec de la gaze iodoformée en tampons. Les pinces furent enlevées au bout de vingt-quatre heures, parce qu'elles gênaient beaucoup la malade, qui guérit sans encombre après quelques accidents légers du côté de la vessie (un peu de cystite). Elle se leva le dix-huitième jour et sortit guérie.

L'examen anatomique et microscopique nous montra un épithélioma remontant en forme de coin vers le corps de l'utérus, qu'il commençait à envahir. La cavité était saine, si ce n'est tout à fait en bas et en arrière. Nulle trace d'altération appréciable au niveau des insertions vaginales ni du côté des ligaments larges.

J'ai revu l'opérée fin septembre; elle ne se plaignait d'aucun in-

convénient; au toucher et au speculum, je trouvai néanmoins un petit bourgeon saignant, non induré toutefois, que je détruisis séance tenante. La malade a été revue aujourd'hui même; il y a toujours, au fond du vagin, le petit bourgeon que nous avons cautérisé. Il a plutôt diminué depuis la dernière fois que je l'ai examiné. Je lui ai recommandé de venir me trouver tous les mois pour en surveiller la marche. Elle a eu le mois dernier une épistaxis qui paraît être supplémentaire.

M. Ch. Monod. Je n'avais pas l'intention de prendre la parole dans cette discussion, car mon expérience sur le traitement du cancer utérin est peu considérable. Les hasards de la pratique hospitalière ou civile ont fait que je n'ai guère rencontré sur ma route que des cas inopérables.

J'ai fait quatre fois le grattage de cols cancéreux, opération qui n'est pas ici en question; je n'ai jamais pratiqué d'ablation partielle; enfin, je n'ai fait que deux hystérectomies totales.

C'est en raison de cette pénurie de documents que j'avais préféré me taire. Il me semble aujourd'hui, après avoir entendu la plupart de nos collègues vous communiquer les résultats de leur pratique, alors même qu'elle n'était pas étendue, que je devais, moi aussi, vous donner connaissance des miens. Ils ne sont guère encourageants, et ne méritent que davantage peut-être ne pas être passés sous silence.

Ce n'est pas que j'aie à vous apporter ici des insuccès opératoires; mes deux opérées d'hystérectomie totale ont survécu, et, à cet égard, je n'aurais qu'à me féliciter d'être intervenu; mais les résultats définitifs sont, comme vous l'allez voir, déplorables.

Observation I (résumée). — Ma première malade était une jeune femme de 25 ans, fille d'une mère morte de cancer utérin, atteinte elle-même depuis huit mois de la même affection, se manifestant par des métrorrhagies abondantes, qui mettaient, par elles seules, la vie en danger. Au toucher, le cancer paraissait limité au col, qui était occupé par un bourgeon volumineux, fongueux, paraissant ne pas s'étendre du côté du corps. Mais le cul-de-sac vaginal gauche était effacé, il semblait qu'on perçût au-dessus de lui une induration suspecte qui faisait craindre que le ligament large de ce côté ne fût pris. D'autre part, le corps utérin, recherché par le palper abdominal, paraissait mobile; l'envahissement du paramètre n'était pas assez évident pour que je me crusse autorisé à refuser à cette malheureuse le bénéfice d'une opération radicale. Je jugeai que, chez cette femme jeune encore, je devais tout faire pour obtenir une guérison définitive, et que l'hystérectomie totale, qui semblait possible, était le mieux en état de donner ce résultat.

Cet avis fut partagé par mon collègue et ami le Dr Marchand, qui voulut bien aussi m'assister pendant l'opération.

Celle-ci fut pratiquée le 6 mai 1887. Elle nous réservait des surprises. Il nous fut impossible d'abaisser l'utérus. Nous dûmes placer sur les ligaments larges un grand nombre de pinces qui furent laissées à demeure, et à la faveur desquels l'organe malade put enfin être détaché de toutes ses connexions. Pièce en mains, nous pûmes nous rendre compte des difficultés opératoires que nous avions rencontrées. Le cancer s'arrêtait, en hauteur, à la limite du col et du corps utérin, mais latéralement, du côté gauche, il s'étendait dans le tissu cellulaire périutérin, doublant pour ainsi dire le fond du cul-de-sac vaginal de ce côté.

Il était donc bien certain que les pinces, au moins du côté gauche, avaient dû être placées dans l'épaisseur des tissus malades, et que l'opération avait été incomplète. Aussi la récidive ne tarda-t-elle pas ; elle se fit dans la cicatrice. La mort ne survint cependant que quatorze mois plus tard. La malade avait mené, m'écrit-on, sauf dans les deux derniers mois, une vie supportable.

Obs. II (résumée). — Ma seconde observation a trait à une femme de 47 ans, qui fut opérée dans les meilleures conditions qui se puissent imaginer. Le mal, lorsque je fus consulté par elle pour la première fois, en décembre 1887, ne paraissait dater que de quelques semaines. Il n'avait jamais donné lieu à aucune perte véritable, mais seulement à de petits écoulements sanguins sans importance. Il y en avait assez cependant pour motiver un examen. Mon excellent confrère et ami, le Dr Giraudeau, appelé à le pratiquer, reconnut immédiatement que le cas avait plus de gravité qu'il ne le semblait, et me convia à donner mon avis. Je transcris ici la note, dans laquelle, au sortir de cette consultation, je décrivis ce que je venais de constater. « Au toucher : lèvre antérieure, grosse et dure : lèvre postérieure, petite, comme confondue avec la paroi vaginale ; col entr'ouvert ; l'utérus ne semble pas augmenté de volume ; il est mobile ; les ligaments larges paraissent sains. Au speculum, aucune ulcération des deux lèvres ; mais la lèvre antérieure saigne facilement lorsqu'on la touche un peu fortement avec un corps solide. Le col est entr'ouvert, il en sort un bourgeon d'un rouge sombre qui saigne au moindre contact. »

L'état général de Mme A... était bon. Elle ne se considérait pas comme malade. Elle n'était plus réglée depuis sept ans. Seule une sciatique récente aurait peut-être dû attirer davantage notre attention. Nous n'y prîmes pas autrement garde ; la femme était arthritique, rhumatisante, avait à diverses reprises souffert de coliques hépatiques ; les douleurs sciatiques chez elle s'expliquaient aisément.

A quel procédé opératoire convenait-il de s'adresser dans ce cas ? Je crus qu'une hystérectomie partielle risquait de ne me donner qu'un résultat incomplet, car il m'était impossible de savoir jusqu'où remontait la lésion que l'on voyait apparaître, entre les lèvres du col entr'ouvert. Je le répète, d'ailleurs, jamais meilleure occasion, sem-

blait-il, ne pouvait se présenter d'assurer à une malade par une opération complète une cure radicale du cancer utérin. Nous assistions presque au début du mal ; il paraissait probable, et l'examen local confirmait cette impression, qu'il n'y avait encore aucune propagation lymphatique ni ganglionnaire ; la santé générale était bonne ; l'âge de la malade favorable. Tout paraissait donc parler en faveur d'une intervention radicale si la malade y consentait.

Je ne voulus cependant pas garder pour moi seul la responsabilité d'un tel parti à conseiller et à prendre, et priai mon excellent maître, M. le professeur Trélat, de vouloir bien me donner son avis. M. Trélat partagea mon sentiment, et opina pour une action radicale et prompte.

Je passe rapidement pour ne pas abuser de votre attention, sur les détails de l'opération et ses suites. Je me contente de dire qu'un mois plus tard la malade quittait la maison de santé où elle avait été opérée et rentrait chez elle en apparence complètement guérie.

Le bien-être fut de courte durée. Quatre mois plus tard, cinq mois après l'opération, il était manifeste qu'une récidive locale se montrait au fond du vagin, et même dans l'épaisseur de la partie restante des ligaments larges. Le doigt sentait, en effet, derrière la cicatrice vaginale une masse dure, déjà assez volumineuse, qui prit rapidement de l'extension au point d'être facilement perçue par le toucher rectal, et d'en arriver à remplir peu à peu presque toute l'excavation. L'état général se maintenait encore bon, et la malade se sentait assez bien pour s'en aller à la campagne, aux environs de Nîmes, achever ce qu'elle appelait sa convalescence.

J'ai appris qu'elle était morte là, au bout de peu de temps, après dix-sept jours d'anurie complète avec coma final, — moins de huit mois après l'opération subie.

Ces deux faits peuvent se passer de longs commentaires. Je n'insiste pas sur le premier. Dans ce cas le ligament large était pris, l'hystérectomie totale n'aurait pas dû être pratiquée. Cependant la malade a gagné à l'intervention la suppression des métrorrhagies. Mais c'est là le seul bénéfice qu'elle en ait tiré. Elle a en effet survécu quatorze mois ; mais il est possible que même non opérée elle eût vécu aussi longtemps.

Ma seconde observation mérite plus d'attention. M. Marchand nous disait, dans une de nos dernières séances, que si les résultats fournis par l'hystérectomie totale sont meilleurs aujourd'hui qu'autrefois, c'est qu'on l'applique à des cas plus favorables, à des cancers jeunes, encore limités, cas justiciables, d'ailleurs, de l'hystérectomie partielle. Le fait que je viens de vous rapporter montre que, même dans ces conditions de précocité de l'intervention et de limitation apparente du mal, l'issue finale peut être absolument lamentable.

J'admets que je suis tombé sur un cas malheureux et exception-

nel, sur une de ces formes anatomiques, encore si mal connues, comme l'ont fait remarquer M. Trélat et M. Terrier, où la propagation lymphatique se fait avec une extraordinaire rapidité. Toujours est-il que ces cas existent et qu'il faut compter avec eux. La présente communication n'aurait-elle d'autre portée que de mettre une fois encore ce fait en relief, qu'elle ne serait pas inutile.

M. Verneuil demande le renvoi de la fin de la discussion à la prochaine séance.

Rapport.

Sur deux mémoires de MM. Krug-Basse *et* Claudot, *médecins principaux de l'armée, relatifs aux corps étrangers articulaires et à leur traitement.*

Rapport par E. Kirmisson.

Messieurs, vous m'avez chargé d'analyser deux mémoires qui vous ont été adressés par MM. Krug-Basse et Claudot, tous deux médecins principaux de l'armée, et qui ont trait aux corps étrangers articulaires et à leur traitement.

I. — Le fait de M. Krug-Basse, se rapporte à un homme de 24 ans, qui, vers la fin de novembre 1885, en l'absence de tout traumatisme antérieur, ressentit pour la première fois des douleurs dans le genou droit. Bientôt le genou devint le siège d'un épanchement séreux, qui céda assez rapidement au traitement par les révulsifs et la compression. Mais le malade conserva de la douleur et une gêne fonctionnelle pour lesquelles il fut soumis à divers traitements jusqu'en juillet 1886. A ce moment, M. Krug-Basse put constater, au milieu d'un épanchement synovial abondant, la présence d'un corps étranger situé au côté inférieur et interne de la rotule, disparaissant à la moindre pression, et ne se montrant de nouveau qu'à la suite de mouvements réitérés de flexion et d'extension, imprimés à la jointure. Le 5 juillet, l'extraction de ce corps étranger fut pratiquée avec toutes les précautions de la méthode antiseptique. Une incision de quatre centimètres de longueur fut faite le long du bord interne de la rotule, l'articulation fut ouverte, et, par une légère pression exercée sur la lèvre postérieure de la plaie, le corps étranger s'échappa comme un noyau pressé entre les doigts. Il s'écoula en même temps soixante grammes environ de liquide séreux. M. Krug-Basse n'eut recours, ni au lavage de l'articulation, ni au drainage. Il réunit la plaie par quatre points de suture au catgut, comprenant toute l'épaisseur des parties molles, moins la synoviale elle-même. La guérison eut lieu sans fièvre et sans trace de suppu-

ration. Le 16 décembre, M. Krug-Basse a revu son malade, et a pu constater la persistance de la guérison.

II. — L'observation qui sert de base au mémoire de M. Claudot, est relative à un jeune homme de 23 ans, qui entra, le 9 août 1887, à l'hôpital, pour une hydarthrose du genou gauche, compliquée de la présence d'un corps étranger. Le malade avait constaté l'existence du corps étranger, huit jours avant, à la suite d'un traumatisme ; jusque-là, il n'avait jamais rien éprouvé d'anormal du côté du genou.

Le 2 août, en effet, en franchissant un fossé, ce jeune homme est tombé sur le côté gauche. Il a ressenti une assez vive douleur au côté externe du genou, vers la tubérosité externe du tibia, il lui a été impossible de se relever, et de se tenir debout, et ses camarades ont dû le transporter.

Le 25 août, vingt-trois jours par conséquent après l'accident, M. Claudot, dans le but d'extraire ce corps étranger, pratiqua une arthrotomie antiseptique. Il fit une incision au côté interne du genou, au-devant du corps étranger maintenu en place entre deux doigts. Mais, à trois reprises différentes, celui-ci s'échappa au-devant du bistouri. Il put cependant être ramené dans la plaie, et saisi avec des pinces à griffes, en même temps que la synoviale qui le recouvrait. Cette dernière étant incisée, le corps étranger fut enfin extrait. M. Claudot ne pratiqua pas de lavage intra-articulaire ; il réunit la plaie par trois points de suture, comprenant toute l'épaisseur des parties molles, sauf la synoviale, sans drainage. Les suites furent relativement très simples ; la température ne dépassa pas 38°, et cela pendant un jour seulement. Il y eut un peu de désunion de la peau et de suppuration au niveau des fils ; ce que l'auteur lui-même attribue à ce que les fils de soie employés par lui n'étaient pas suffisamment aseptiques. Toutefois l'opéré conserva pendant très longtemps de l'hydarthrose ; aussi M. Claudot regrette-t-il de n'avoir pas eu recours au lavage intra-articulaire. Le 17 mai de cette année, neuf mois environ après l'opération, le malade a été revu ; il marchait facilement, présentant encore un peu de raideur, et de gêne pour arriver à l'extension complète ; il fut envoyé à Bourbonne pour y achever sa guérison.

A propos de ces faits, MM. Claudot et Krug-Basse examinent les différentes questions que soulève encore aujourd'hui l'étude des corps étrangers articulaires. Déjà, il y a deux ans, dans un rapport sur le même sujet [1], je disais que les deux points particulièrement dignes d'intérêt sont, d'une part, la pathogénie des corps étrangers ; d'autre part, la technique de l'arthrotomie entreprise pour leur extraction. Ce sont encore ces deux points qu'examinent les auteurs des mémoires actuels, ce sont eux aussi que je vous demande la permission de passer rapidement en revue.

[1] *Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 194.

M. Claudot pense, comme nous l'avions exprimé dans notre précédent rapport, que, d'après les travaux modernes, une part plus large doit être faite au traumatisme dans la pathogénie des corps étrangers articulaires. Pour lui, son cas actuel est un type bien net de cette variété. En effet, c'est à la suite d'une chute que le corps étranger a été constaté pour la première fois. Jusque-là le malade n'avait jamais accusé aucun symptôme qui pût se rapporter à cette affection. L'auteur s'appuie également, pour affirmer la nature traumatique du corps étranger observé par lui, sur l'examen histologique qui en a été pratiqué par M. Vaillard, agrégé au Val-de-Grâce. D'après cet examen, ce corps étranger est uniquement composé de cartilage, qui, par les caractères de la substance fondamentale, la forme et la disposition de ses différentes couches de capsules, rappelle très exactement les apparences d'un cartilage diarthrodial; dans un point, cette substance fondamentale est encroûtée de sels calcaires, comme il arrive à la couche profonde des cartilages diarthrodiaux, reposant sur le tissu osseux des têtes articulaires.

Mais cette identité de structure entre le corps étranger articulaire et les cartilages diarthrodiaux est-elle suffisante pour permettre de conclure à l'origine traumatique des corps étrangers? M. Krug-Basse, à son tour, ne le pense pas. En effet, dans son cas, le corps étranger était composé d'un noyau osseux pourvu, sur l'une de ses faces, d'un revêtement cartilagineux dont la structure était la même que celle du cartilage diarthrodial. Sur les coupes de la surface libre de ce cartilage, les capsules étaient aplaties et parallèles à cette surface. « Voici donc, dit l'auteur, un corps étranger articulaire qui présente la structure attribuée jusqu'ici à ceux qui sont le résultat d'un traumatisme, et cependant les antécédents et les affirmations de notre malade contredisent formellement cette origine. » Aussi bien, le malade de M. Krug-Basse n'avait-il jamais subi aucun traumatisme.

C'est qu'en effet, messieurs, la question est singulièrement complexe. Il existe, à n'en pas douter, des corps étrangers d'origine traumatique, et notre collègue, M. Eug. Bœckel, en a fait connaître, cette année même, un nouveau cas, dans la *Gazette médicale de Strasbourg*. Il s'agit d'un ouvrier qui, tombé, trois mois auparavant, sur le coude gauche, présentait les symptômes d'un corps étranger de cette articulation. M. Bœckel fit l'arthrotomie et constata que le corps étranger n'était autre chose que la moitié de la tête du radius, avec une portion attenante du col de l'os. Mais, de ce qu'un corps étranger répond exactement, par sa forme et par sa structure, à la constitution et à la forme d'un cartilage diarthrodial, ce n'est pas une raison suffisante pour conclure qu'il

s'agit d'un fragment de cartilage articulaire détaché par un traumatisme. Déjà le fait a été bien noté par MM. Poulet et Vaillard[1], et, récemment encore, par Kœnig (de Gœttingue)[2]. Ce dernier pense qu'il existe une ostéochondrite disséquante, qui peut amener la séparation de fragments, plus ou moins volumineux, des surfaces articulaires. Beaucoup des corps étrangers, donnés jusqu'ici comme d'origine traumatique, ne reconnaîtraient pas une autre pathogénie. Ainsi donc, à côté des corps étrangers développés dans la synoviale elle-même, il en est d'autres qui, formés par séquestration aux dépens des surfaces articulaires, ressemblent beaucoup, par leur constitution anatomique, aux corps étrangers traumatiques et rendent souvent fort difficile à établir, dans un cas donné, la véritable pathogénie. Je puis, à cet égard, mettre sous vos yeux une pièce intéressante. Il s'agit de surfaces osseuses provenant d'un malade auquel j'ai fait dernièrement la résection du genou pour une arthropathie tabétique. Chez cet homme, le condyle interne du fémur était excavé d'une large cavité ; le cartilage avait en totalité disparu à ce niveau, et la portion détachée du condyle formait un corps étranger volumineux, en rapport avec la tubérosité interne du tibia. A côté de ce corps étranger, il en existait d'autres qui, encore appendus à la synoviale, révélaient manifestement un autre mode d'origine ; de sorte que, sur cette pièce, on trouvait à la fois les corps étrangers développés dans les franges synoviales et ceux qui se forment par séquestration aux dépens des surfaces articulaires. Mais je ne veux pas insister outre mesure sur cette question d'anatomie pathologique, et j'arrive aux détails relatifs à la thérapeutique chirurgicale de cette affection.

Dans les arthrotomies qu'ils ont pratiquées, ni M. Claudot, ni M. Krug-Basse n'ont eu recours au drainage ; toutefois, le premier se prononce, d'une manière générale, en faveur du drain. M. Krug-Basse, complétant à cet égard les renseignements qu'il nous avait donnés sur les deux observations antérieures dont je vous ai déjà rendu compte, nous apprend qu'il n'a jamais employé le drain. Les trois malades ont guéri avec la plus grande simplicité. Il pense que, dans les cas où l'opération a été simple, le drainage n'est pas nécessaire. A l'appui de son opinion, il rapporte encore un cas d'extirpation de kyste synovial du poignet, tiré de sa pratique, dans lequel l'opération a été faite

[1] Poulet et Vaillard, Contribution à l'étude des corps étrangers ostéo-cartilagineux et osseux des articulations (*Arch. de Physiol. norm. et path.*, 1885, 3e sér., t. V, p. 236).

[2] Kœnig, Uber freie Körper in den Gelenken (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurg.* 1887, t. XXVII).

sans drainage et où la guérison est survenue avec rapidité et sans le moindre incident. Quant au mode de réunion, c'est le même qui a été employé par les deux auteurs, à savoir une suture comprenant toute l'épaisseur des parties molles, moins la synoviale elle-même. Déjà, dans mon précédent rapport, j'ai eu l'occasion de m'expliquer sur ces diverses questions; aussi ne puis-je m'y arrêter longtemps aujourd'hui. Je partage la manière de voir exprimée par M. Krug-Basse; dans les cas où l'extraction du corps étranger a été très simple, où il n'y a pas eu de longues manœuvres pratiquées dans l'intérieur même de l'articulation, je pense qu'il est préférable de s'abstenir de drainage. Dans les conditions inverses, l'emploi du drain devient impérieusement indiqué. C'est à ces principes que j'ai conformé ma conduite jusqu'à ce jour, et je n'ai point eu à m'en repentir. Plusieurs fois, et tout dernièrement encore sur un jeune homme du service de M. Guyon, j'ai pratiqué l'extirpation de kystes synoviaux du poignet sans drainage; la guérison a été rapide et sans le moindre incident. De même, en 1886, chez un malade du service de M. Verneuil, atteint d'un lipome arborescent du genou gauche qui simulait par sa présence un corps étranger; après avoir pratiqué l'ablation des franges lipomateuses, je fermai complètement l'articulation, sans employer de drain; le malade guérit de la façon la plus simple. Ces derniers jours enfin, à l'hôpital Broussais, je pratiquai, le 26 octobre, l'ablation d'un corps étranger du genou sur un jeune homme de 23 ans; après avoir lavé l'intérieur de la jointure avec la solution phéniquée forte, je fermai les lèvres de la plaie faite à la synoviale par trois points de suture au catgut fin; la peau fut suturée à l'aide du crin de Florence, sans drainage. Six jours après, le 1er novembre, le pansement était enlevé; la réunion était parfaite; l'articulation ne présentait ni tuméfaction, ni douleur; la température n'avait pas dépassé 37°,8; les fils furent supprimés, et, quelques jours après, le malade quittait l'hôpital.

Il me reste, en terminant, à vous prier de voter à MM. Krug-Basse et Claudot des remerciements pour leurs intéressantes observations, qui constituent des documents d'une réelle valeur pour l'étude des corps étrangers articulaires, et de leur traitement.

Discussion.

M. Trélat. J'ai enlevé, l'année dernière, dix kystes synoviaux (ganglions) de la région du poignet. La dissection en est difficile; il faut souvent aller très profondément; mais les résultats sont excellents. J'ai toujours obtenu la réunion primitive sans ombre d'accidents.

J'ai eu aussi récemment occasion d'enlever deux corps étrangers articulaires, au coude l'an dernier, au genou il y a trois ans. Le corps étranger du genou était volumineux ; il mesurait 14 millimètres dans son plus grand diamètre. Je n'ai, ni dans l'un, ni dans l'autre cas, fait de drainage. La guérison a été obtenue du premier coup par réunion absolument primitive.

Je pense qu'avec des soins attentifs et beaucoup de propreté, on peut, dans les cas de ce genre, obtenir sans drainage, une guérison parfaite.

M. L.-Championnière. Il serait bon, je crois, de distinguer entre les faits ; ils ne sont pas tous semblables. Assurément lorsqu'on peut, par une simple incision, extraire un corps étranger articulaire, le drainage est inutile. Il m'est arrivé plusieurs fois de m'en passer sans dommage. Il n'en est plus de même lorsqu'on est conduit à pratiquer une ouverture très large, et qu'on est obligé à de grandes recherches ; le drain me paraît alors de rigueur. Je me souviens que, dans un cas, je dus aller à la recherche d'un corps étranger du genou par la partie postérieure de l'articulation ; je mis un tube dans la plaie et ne m'en repens pas. Je ne voudrais pas que la suppression du drain fût considérée comme devant être de règle.

M. Trélat. M. Kirmisson, dans son rapport, nous avait dit expressément que, selon lui, le drainage ne devait être supprimé que si l'opération n'avait pas entraîné trop de délabrements. Je crois, d'autre part, fermement que, lorsque les surfaces de section sont simples, lorsqu'il n'y a pas eu de notable détérioration des formes, on peut et l'on doit savoir se passer de drain.

M. Reclus. J'ai, il y a trois semaines, eu occasion de faire une arthrotomie ; j'ai lavé l'articulation avec soin à l'aide de solutions antiseptiques ; j'ai placé un tube. Mon malade est aujourd'hui guéri et marche bien.

M. Schwartz. J'ai fait, pendant les vacances dernières, une arthrotomie du genou pour corps étranger. J'ai fermé la cavité articulaire sans la drainer. Je me suis contenté d'un petit tube placé dans la plaie sous-cutanée.

Pour ce qui est de la suppression des drains en général, je puis dire qu'au cours du voyage que je viens de faire à l'étranger, j'ai pu voir que, même pour des résections articulaires, on pouvait se passer de drainage. La bande d'Esmarch appliquée, l'opération est conduite jusqu'au bout, sans drainage, sans ligature d'artère et sans suture osseuse. Le pansement est laissé lon-

temps en place. Les malades guérissent sans accidents sous un seul pansement. Telle est, en particulier, la pratique actuelle de Jules Bœckel, à Strasbourg.

M. Kirmisson. Il ne faudrait pas laisser le débat se déplacer. La question du drainage des plaies viendra certainement à notre ordre du jour ; nous verrons alors ce qu'il faut penser de sa suppression. Pour le moment, nous n'avons à nous occuper que de l'arthrotomie pour corps étrangers articulaires. Or, je vois que je suis d'accord avec vous, avec les auteurs des observations que je vous ai rapportées, pour admettre que, dans les cas simples, on peut renoncer au drainage de l'articulation ouverte.

Communication.

Hystérorrhaphie pour prolapsus utérin.

Par M. Terrier.

J'ai l'honneur de vous communiquer le récit d'une opération, faite, je crois, pour la première fois en France, et d'ailleurs assez peu expérimentée à l'étranger depuis le travail d'Olshausen paru en 1886 [1] et sur lequel je reviendrai ultérieurement. Il s'agit de la cure du *prolapsus utérin,* par la fixation de l'utérus à la paroi abdominale antérieure, en un mot, au moyen de l'hystérorrhaphie. Tout récemment, on a encore donné à cette fixation le nom assez médiocre de *ventro-fixation,* nom auquel nous préférons de beaucoup l'expression d'*hystérorrhaphie* (Howard A. Kelly) ou de *laparo-hystérorrhapie.* Notez de suite que des opérations analogues viennent d'être préconisées par Sänger, Klotz, Léopold, Zweifel, Staude, Werth (de Kiel), et exécutées par J.-R. Weist, H.-A. Kelly (de Philadelphie), pour des déviations de l'utérus, en particulier des rétroversions et rétroflexions ; or, je laisse absolument ces faits de côté, m'en tenant exclusivement à la chute de l'utérus de façon à ne pas embrouiller la question, d'autant que l'hystérorraphie pour déviation utérine va bientôt être discutée devant vous et que j'apporterai deux observations favorables à cette pratique.

Prolapsus utérin au 2e degré. Cystocèle et rectocèle. Endométrite chronique. Hypertrophie sus- et sous-vaginale. Hysterorrhaphie. Guérison. (Observation rédigée sur les notes de M. Baudouin, interne du service.)

Mme Penne..., née Louise D..., demeurant à Saint-Ouen, âgée de

[1] *Centralblatt fur Gynœkologie,* n° 43, 23 octobre 1886.

38 ans et exerçant l'état de blanchisseuse, entre à l'hôpital Bichat, le 23 juillet 1888, pour s'y faire traiter d'une chute de l'utérus.

Cette femme, dont la mère est morte tuberculeuse, a joui d'une bonne santé pendant son enfance. Réglée à 12 ans et demi, les menstrues furent abondantes, accompagnées de coliques, de douleurs vives et revenant tous les quinze jours. A 18 ans, après s'être mariée, ses règles devinrent normales, duraient quatre à cinq jours, et apparaissaient tous les mois sans douleurs; toutefois, elles restèrent toujours abondantes. Mme P... a eu sept enfants et a fait une fausse couche, entre le sixième et le septième enfant. Toutes ces grossesses ont été normales; les couches un peu longues furent toujours bonnes ainsi que leurs suites, sauf au premier et au dernier enfant. Trois jours après le premier accouchement, la malade aurait été prise d'accidents de pelvipéritonite; c'était pendant le siège de Paris par les Allemands, et la malade dut rester deux mois à l'hôpital Lariboisière. Seize mois après, deuxième grossesse.

En 1881, quatre jours après le septième et dernier accouchement, perte de sang qui dura six semaines, avec des alternatives de bien et de mal. Notons que d'autres pertes sanguines se sont produites sans causes, pendant les grossesses, et après les couches. Tous les enfants sauf une fille (la deuxième grossesse) sont morts : cinq garçons et une fille. Depuis 1881, les règles, toujours régulières, sont redevenues douloureuses. Après sa première couche, Mme P... ressentit de la pesanteur dans le bas-ventre avec des tiraillements plus accusés, soit après la marche, soit après une journée de travail debout; ces tiraillements, plus marqués à gauche, siégeaient surtout dans la région lombaire. Parfois, ils étaient assez intenses pour qu'elle ne pût ni marcher, ni travailler pendant quelque temps. Constipation très grande et habituelle. Pendant les grossesses, la sensation de pesanteur du côté du bas-ventre et les tiraillements lombaires étaient d'autant plus exagérés que la grossesse était plus avancée.

Depuis quatre ans, les phénomènes douloureux se sont accentués, c'est alors, dit-elle, qu'elle s'aperçut du prolapsus de l'utérus ; de temps en temps, et surtout après la station debout prolongée, la miction devenait fréquente et douloureuse. Impossibilité de se livrer à un travail fatigant, de se baisser, etc.

Il y a un an que la malade perd beaucoup en blanc, l'écoulement empèse le linge, et souvent il est un peu coloré par du sang ; jadis intermittent, cet écoulement est devenu continuel depuis six mois. Les menstrues très abondantes, sont devenues irrégulières, elles durent trois jours et reviennent tous les quinze jours. L'état général est très bon, pas d'amaigrissement, pas de troubles digestifs. Sous l'influence du séjour au lit, les règles redeviennent normales et indolores ; les tiraillements du côté des reins sont absolument nuls ; la pesanteur sur le bassin persiste toujours; enfin les accidents vésicaux et l'excitation nerveuse, due aux douleurs incessantes, se calment complètement. La leucorrhée persiste malgré le repos et des injections antiseptiques au bichlorure d'hydrargyre (1/2000) faites méthodiquement deux fois par jour.

Les parois abdominales sont flasques et dépressibles, malgré cela on ne peut sentir le fond de l'utérus à l'hypogastre ou derrière le pubis. De même, il est assez difficile de délimiter la situation des ovaires, on les devine plutôt à la sensation pénible éprouvée par la malade, qu'on ne les sent bien nettement. L'utérus abaissé occupe tout le vagin, le col est à la vulve, il est volumineux et présente deux grosses lèvres entre lesquelles on sent l'orifice utérin, irrégulier et agrandi transversalement. La lèvre antérieure du col dépasse notablement la lèvre postérieure et est plus hypertrophiée que celle-ci ; elle est exulcérée dans l'étendue d'une pièce de 2 francs. Les parois vaginales sont sèches et indurées ; rien à noter dans les culs-de-sac, sauf en arrière, où l'on perçoit la présence du corps utérin volumineux et en rétroversion. Combinant le palper au toucher, il est facile de saisir l'utérus et d'apprécier sa mobilité, sa forme, et son volume exagéré. Le périnée est aminci. Par le toucher, l'examen direct et l'examen au speculum, on constate une cystocèle et une rectocèle très accusées ; c'est surtout la paroi vésico-vaginale qui est prolabée et forme une sorte de tumeur dont la muqueuse a pris tous les caractères de la peau. Le cathétérisme utérin permet de s'assurer que l'hypertrophie porte surtout sur le col; toutefois l'utérus offre des dimensions supérieures à la normale. Le toucher rectal n'apprend rien de plus que les examens précédents. Notons que lorsque la malade se fatigue et se lève, le col utérin fait saillie au dehors de la vulve.

Le traitement préparatoire à l'opération a consisté en injections antiseptiques, bains et repos absolu au lit. On a fait l'examen chimique des urines; il n'a donné que des résultats négatifs.

L'opération est faite le 7 août 1888, avec l'aide de MM. Hartmann, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, Baudoin et Dumoret, internes du service. Les précautions habituelles de laparotomie sont prises avec grand soin. Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane, à partir de quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic jusqu'à trois travers de doigt du pubis. La couche graisseuse sous-cutanée, assez épaisse et vasculaire nécessite l'application de cinq à six pinces hémostatiques. Incision de la ligne blanche un peu sur le bord interne du muscle droit; ouverture du péritoine avec le bistouri; les bords de cette ouverture saisis avec des pinces à pression, elle est agrandie avec des ciseaux mousses.

La main introduite dans la cavité abdominale saisit l'utérus par son fond et l'attire vers la plaie pariétale. A l'aide de l'aiguille de Reverdin, un fil de soie est placé longitudinalement dans le fond de l'utérus, en pénétrant un peu dans son tissu; il sert à attirer l'organe en haut et à le maintenir derrière la paroi abdominale. Les intestins sont refoulés en haut et en arrière à l'aide de compresses imbibées de solution phéniquée faible (au 40e).

Un gros catgut est alors passé obliquement d'abord à gauche, à travers les lèvres de l'ouverture de la paroi abdominale, la peau exceptée; il ressort dans le péritoine, puis est conduit de gauche à droite, dans l'épaisseur même du tissu utérin, au niveau de la réunion du

col et du corps. Enfin, il est de nouveau passé dans la lèvre droite de l'ouverture abdominale, toujours la peau exceptée. On place deux pinces à pression aux deux extrémités de ce fil. Un deuxième, puis un troisième fil de gros catgut sont passés de même, l'un au milieu du corps, l'autre près du fond de l'utérus et maintenu par des pinces à pression. Tout étant bien épongé, on fait successivement trois ligatures en allant de bas en haut, puis on enlève le fil de soie placé au fond de l'utérus pour l'élever et le maintenir pendant qu'on procédait à la suture. La plaie abdominale est alors refermée en haut à l'aide de trois fils d'argent, passant par le péritoine, et en bas par trois fils de crin de Florence, au niveau des sutures de l'utérus. Un petit drain est placé dans l'angle inférieur de la plaie.

L'opération a duré vingt-deux minutes. Pansement antiseptique de Lister. Gaze iodoformée sur la plaie et le drain.

Pratiqué immédiatement après l'intervention, le toucher vaginal permet de s'assurer que le col est distant de 7 à 8 centimètres de la vulve.

Les suites opératoires ont été des plus simples; il n'y eut jamais d'accidents fébriles. Dès le lendemain de l'intervention chirurgicale, la malade souffrait si peu qu'elle demandait à se lever. Le drain, tombé seul, fut enlevé lors du premier pansement, c'est-à-dire au bout de huit jours. A cette date, la plaie était presque tout à fait cicatrisée.

La malade se leva au vingtième jour et sortit de l'hôpital le 3 septembre 1888; voici dans quel état elle se trouvait alors, d'après les notes prises par MM. Hartmann, prosecteur à la Faculté, et Baudoin, interne du service. A la palpation abdominale, on perçoit très nettement un plastron dur, étalé, situé sous la paroi abdominale antérieure, à l'hypogastre, et paraissant faire corps avec cette paroi. La malade étant couchée, le doigt introduit dans le vagin permet d'atteindre difficilement le col utérin qui est situé très haut et ne tend pas à descendre quand la malade tousse. La malade debout, le col reste difficile à atteindre, mais lors de la toux, le doigt appliqué sur le col est très légèrement repoussé, ce qui, d'ailleurs, est un phénomène normal. La malade ne ressent plus ni douleurs, ni pesanteur vers le périnée ou la vulve. La miction est tout à fait normale, et l'état général excellent.

Je revois Mme P... le 5 novembre 1888, soit près de trois mois après son opération, et voici ce que je constate :

L'état général est excellent, et Mme P..., qui a repris son état de blanchisseuse, ne souffre aucunement. La malade couchée, l'utérus est en antéversion, et par le toucher, combiné au palper abdominal, on s'assure qu'il est resté fixé à la paroi abdominale, un peu sur la partie latérale gauche de l'incision de la paroi. Le fond de l'utérus se perd au milieu de la ligne qui sépare le pubis de l'ombilic. Tout cet examen est absolument indolore. Le col est entr'ouvert, sa lèvre postérieure normale; l'antérieure encore un peu hypertrophiée. La cicatrice cutanée de l'incision abdominale a 10 centimètres de long; elle est rouge, un peu chéloïdienne et offre en haut une très légère éventration, appréciable quand on fait faire un violent effort à la malade. La ma-

lade debout, on constate par le toucher que la lèvre postérieure du col est à 10 centimètres de l'ouverture vulvaire, tandis que la lèvre antérieure descend à 0,07 centimètres. De plus, la paroi postérieure de la vessie fait un peu de procidence du côté du vagin, au-dessous de l'ouverture du canal de l'urètre. La miction est absolument normale, mais il est important de noter que l'opérée a dû abandonner le port de sa ceinture abdominale qui, comprimant le bas-ventre, lui déterminait des envies fréquentes d'uriner.

En résumé, Mme P..., entrée à l'hôpital absolument infirme et incapable de tout travail, est actuellement bien portante et peut reprendre ses occupations habituelles, grâce à l'hystérorrhaphie, ou mieux à la laparo-hystérorrhaphie, comme le propose mon interne, M. Baudouin.

J'ai dit en commençant que la première opération de ce genre, faite dans le but unique de remédier au prolapsus utérin, était due à R. Olshausen. Après avoir essayé tous les procédés possibles de réduction par la voie vaginale, il fit l'opération ventrale (*ventral operation*) en fixant l'origine des deux ligaments ronds à la paroi abdominale à l'aide de crin de Florence. Comme dans mon cas, le tout dura ving-deux minutes. J'ajouterai que le prolapsus se reproduisit très vite, ce que l'auteur paraît peut-être un peu trop attribuer à la malade qui se serait levée trop tôt. Toujours est-il, c'est qu'au crin de Florence il veut substituer le fil d'argent, ce qui ne me paraît pas très rationnel.

Comme on le voit, le procédé d'Olshausen diffère absolument de celui que j'ai suivi, et le résultat obtenu par l'auteur allemand n'est pas fait pour encourager à l'imiter.

Je ferai remarquer en terminant, que, dans quelques cas, la suture de l'utérus a été pratiquée après une ovariotomie, pour maintenir la matrice prolabée par la tumeur, tels seraient les deux faits de Brennecke, datant de 1883 et 1885-1886, rapportés de mémoire par Howard A. Kelly [1]. Mais je crois que ces opérations doivent être encore séparées de celles qui sont pratiquées exclusivement pour remédier au prolapsus de l'utérus.

Discussion.

M. Pozzi. Le fait que M. Terrier vient de nous communiquer est fort intéressant. Je crois, en effet, que c'est la première fois que pareille opération est pratiquée en France. J'ai bien moi-même, au mois d'avril 1882, à l'hôpital Cochin, où je faisais un remplacement, chez une femme atteinte à la fois de kyste de l'ovaire et de

[1] *The American Journal of the medical Sciences*, vol. XCV, p. 468. Philadelphia, 1888.

prolapsus utérin, fixé le pédicule ovarique dans la paroi abdominale, et obtenu de cette façon la guérison du prolapsus. Pareille opération avait déjà été faite d'abord par Kœberlé, puis par Schröder. Mais celle de M. Terrier est toute différente ; je suis tout disposé à le reconnaître.

Comme l'a dit M. Terrier, Olshausen a eu le premier l'idée de fixer l'utérus à la paroi abdominale dans le cas de prolapsus. On trouvera à ce sujet, dans le Compte rendu de la 59e réunion des Naturalistes allemands (*Centralblatt f. Gynœk.*, 1886, n° 43), une communication de cet auteur sur la laparotomie appliquée au prolapsus et à la rétroversion. La *méthode* de fixation de l'utérus à l'abdomen pour le prolapsus a donc deux ans de date. Les *procédés* seuls diffèrent. Olshausen, en effet, fixe à la paroi abdominale non le fond de l'utérus, comme l'a fait M. Terrier, mais ses bords en comprenant, dans des sutures en crin de Florence, le ligament large et le ligament rond au voisinage immédiat des cornes utérines. C'est le procédé adopté par Sänger. Léopold (*Centr. f. Gynœk.*, 1888, n° 11) avait déjà, dans la *ventro-fixation*, placé sa suture suivant le procédé adopté par M. Terrier, sur le fond même de l'utérus; mais il n'avait eu l'occasion d'appliquer cette technique qu'à des cas de rétroflexion.

En somme, il existe deux procédés de *ventro-fixation* de l'utérus. Dans l'un, on agit sur les bords de l'utérus (Olshausen, Sänger) ; dans l'autre, sur le fond de l'organe (Léopold, pour la rétroflexion; Terrier, pour le prolapsus).

Le second de ces deux procédés est bien préférable au premier.

Mais il ne faut pas confondre *procédés* et *méthode*. La *méthode*, ou plan opératoire de fixation de l'utérus à l'abdomen, appartient à Olshausen pour le prolapsus comme pour la rétroflexion Les *procédés* varient : 1° fixation dans la plaie d'un pédicule ovarique (Kœberlé, Klotz, L. Tait, et moi-même) ; 2° fixation de l'utérus par ses bords en comprenant seulement le feuillet séreux (Olshausen, Sänger); 3° fixation de l'utérus par son fond en pénétrant dans l'épaisseur du tissu utérin (Léopold, Terrier). Léopold n'a appliqué ce dernier procédé qu'à la rétroflexion ; M. Terrier l'a étendu au prolapsus.

M. Terrier. Je ne suis pas entré dans le détail de ces procédés, parce que, dans tous les mémoires où il est question de fixer l'utérus, ou ses annexes à la paroi abdominale, je n'ai pas vu que jamais l'opération ait été faite pour prolapsus. On a bien dit qu'elle pourrait être utile en pareil cas ; j'ai moi-même entendu, dans une conversation, Gaillard Thomas émettre cette opinion; mais il n'existe pas, à ma connaissance, d'observation où la chose ait été

exécutée. Il me paraît utile que la question soit discutée ; que l'on décide si la fixation de l'utérus à la paroi abdominale démontrée bonne dans les cas de rétroflexion, n'est pas applicable au prolapsus.

M. Bouilly. J'ai écouté avec intérêt la communication de M. Terrier, ainsi que les considérations dans lesquelles il vient d'entrer sur l'utilité de l'opération qu'il préconise, non pas dans les cas de rétroversion utérine, mais bien dans ceux de prolapsus. Or, mon impression est que cette *ventro-fixation* sera bien rarement indiquée pour porter remède au prolapsus utérin. C'est qu'en effet, dans la plupart des cas de prolapsus, il n'y a pas seulement descente de l'utérus lui-même, mais déplacement de la paroi vaginale (rectocèle et cystocèle) sur laquelle la fixation de l'utérus à la paroi abdominale n'agit aucunement. Je crois donc que l'opération conseillée par M. Terrier doit être réservée à certaines formes spéciales où l'utérus est seul en cause. En pareil cas, alors que l'on a surtout affaire à un allongement hypertrophique du col, je me suis toujours bien trouvé de l'amputation conoïde faite à la façon de Huguier.

C'est, au reste, à l'expérience de prononcer sur la valeur relative de ces deux façons de faire.

M. Pozzi. Que M. Terrier me comprenne bien. J'ai dit qu'on avait déjà employé deux façons de fixer l'utérus dans les cas de prolapsus. L'une, indirecte, consiste à pratiquer l'ovariotomie ou la castration, et à fixer le pédicule ovarien à la paroi abdominale ; suivant l'autre, l'utérus est suturé directement, véritable *ventro-fixation*. C'est la méthode qu'Olshausen a fait connaître dans son mémoire de 1886, et qu'il a dès lors appliquée à la fois au prolapsus et à la rétroversion, circonstance qui paraît avoir échappé à mon collègue. Olshausen suture l'utérus par ses bords, M. Terrier par son fond, comme le fait Léopold pour la rétroflexion ; c'est une nuance de technique.

M. Terrier. Ces divers modes de fixation de l'utérus diffèrent de celui que j'ai employé. Ce sont des procédés très voisins peut-être, mais non semblables.

A M. Bouilly, je réponds qu'au point de vue de ce qui est communément admis et enseigné, il a raison. Mais j'en appelle de la théorie aux faits. Qu'il veuille bien venir voir mon opérée, et il jugera du résultat obtenu.

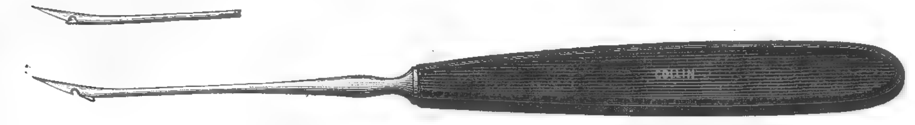
M. Trélat. Il s'agit ici, il me semble, d'une question de diagnostic à préciser, d'où découlera la détermination thérapeutique.

L'opération conseillée par M. Terrier, assurément mauvaise dans le cas d'allongement sous-vaginal du col, sera peut-être bonne dans celui de prolapsus sans allongement, ou bien encore dans celui de prolapsus avec hypertrophie sus-vaginale. En d'autres termes il faudra avant tout essayer de préciser ce qui appartient dans l'affection, soit à l'élément hypertrophie, soit à l'élément prolapsus, et agir en conséquence. Si M. Terrier arrive à établir que le retranchement d'une portion du col ne conduit à rien, que l'utérus, bien que raccourci, ne restera pas en place, c'est lui qui aura raison. Nous accepterons, en dépit du raisonnement fort satisfaisant de M. Bouilly, la demande que nous fait M. Terrier de mettre son procédé à l'épreuve.

Présentation d'instruments.

1° *Aiguille à suture.*

M. Trélat présente, au nom de M. Lamblin, une aiguille à suture, construite par M. Collin, destinée à remplacer l'aiguille de Reverdin. Dans cette aiguille, l'ouverture et la fermeture du chas s'opèrent automatiquement par le passage même de la pointe, à son aller et à son retour, à travers les tissus. Cet effet est obtenu à l'aide d'une petite



pièce mobile qui ferme le chas et maintient le fil, tout en permettant d'éviter tont accrochement. La légère saillie faite par cette pièce est la cause de son abaissement, quand on retire ou qu'on enfonce l'instrument. Cette aiguille est d'un nettoyage facile. Elle peut, enfin, être construite suivant *toutes* courbures, ce qui n'est pas possible avec celle de Reverdin.

M. Nélaton dit qu'il a fait construire par M. Collin une aiguille, dont le mécanisme est aussi plus simple que celui de l'aiguille de Reverdin. Le chas est fermé par une simple lame d'acier qui s'abaisse sous une faible pression et revient aussitôt en place. Le fil est engagé dans le chas par pression exercée sur cette lame, et maintenu par le retour de celle-ci à sa position première. C'est le mécanisme du porte-mousqueton ordinaire.

M. Monod dit qu'il se préoccupe depuis longtemps de trouver une aiguille à suture capable de rendre les mêmes services que celle

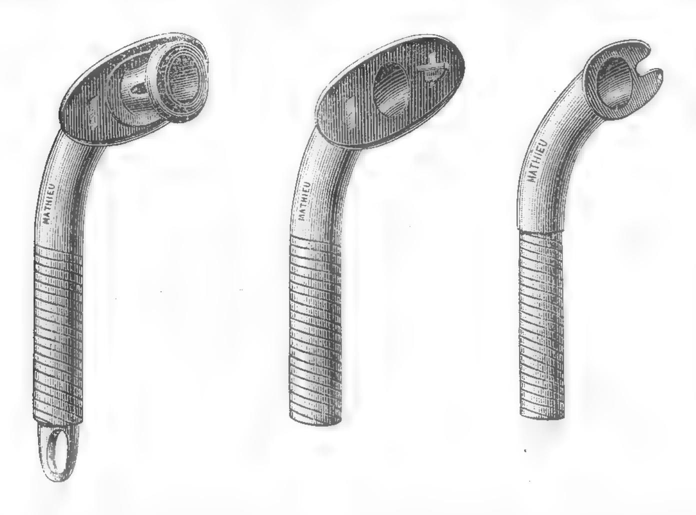
de Reverdin, mais plus simple et surtout plus facile à nettoyer. Il en a fait construire divers modèles par M. Aubry. L'une de ces aiguilles est exactement semblable à celle dont M. Nélaton vient de donner la description. Dans un autre modèle, il s'est contenté d'un chas ouvert latéralement; les bords de cette ouverture sont tranchants, pour éviter l'arrêt, au retour, dans les tissus. Mais aucun de ces essais n'a donné un bon résultat ; toutes ces aiguilles *accrochent* plus ou moins à la façon d'un hameçon.

M. Trélat a, lui aussi, fait de nombreux essais en ce sens ; il a reconnu que la difficulté est de donner au chas une disposition telle que l'aiguille n'accroche pas ; cet arrêt, qui se produit pour peu que l'instrument ait la moindre aspérité, tient à l'élasticité de la peau.

M. Nélaton reconnaît en effet que son aiguille ne peut servir pour les sutures de la peau. Il ne l'a employée que pour les sutures de muqueuse, pour les fistules vésico-vaginales. On n'a pas à craindre en pareil cas l'inconvénient signalé par MM. Trélat et Monod.

2° *Canule à trachéotomie.*

M. Perier présente, au nom de M. Gouguenheim, une canule à trachéotomie très longue (10 centimètres et demi), à moitié inférieure



rendue mobile par le découpage en spirale de la paroi des deux tubes, l'interne et l'externe. Un artifice de construction facilite l'introduction de la canule interne. Un conducteur métallique en permet l'installation facile.

La construction de cette canule avait été nécessitée par l'apparition d'une tumeur considérable du cou, chez un malade qui avait été, depuis longtemps déjà, trachéotomisé pour un cancer du larynx, et chez

lequel le développement de cette tumeur inopérable rendait l'asphyxie imminente. M. Gouguenheim chargea M. Mathieu de la construction de cette canule. Le bénéfice qu'en a pu tirer le malade a été une survie de trois mois ; pendant ce temps, la canule n'a présenté aucune altération.

On a déjà fait construire des canules ayant avec celle-ci une certaine analogie; l'une, due à Howse, est mobile dans toute son étendue; l'autre, de Rose, est rigide en haut et dans une petite étendue en bas.

Mais voici les différences :

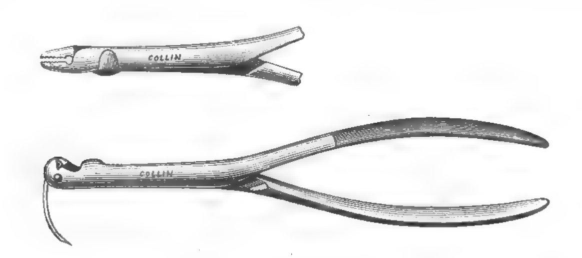
1° La spirale est constituée par un fil d'argent, de sorte que dans les intervalles il y a communication entre la trachée et l'intérieur de la canule. Dans celle de M. Gouguenheim, la spirale est plate et il n'y a aucune communication.

2° Les Drs Howse et Rose n'ont pas fait établir de canule interne, ce qui est un grave inconvénient, qui est évité dans la construction de celle-ci, et c'est là un point très intéressant.

Chez son malade, M. Gouguenheim avait essayé une canule externe seule ; mais l'instrument était si vite obstrué qu'on avait dû le retirer sans oser le remettre, en raison de la friabilité des tissus malades et des hémorrhagies faciles à provoquer par son introduction.

3° *Pinces porte-aiguilles.*

M. Pozzi présente des pinces porte-aiguilles pour aiguilles ordinaires et pour aiguilles plates (modèle Hagedorn), construites sur ses indications par M. Collin. La pince *pour aiguilles ordinaires* est destinée



surtout aux aiguilles de fortes dimensions usitées en gynécologie, et permet de les saisir avec une grande force par suite des proportions exceptionnelles du manche. La pince *pour aiguilles de Hagedorn* est remarquable par son extrême simplicité et l'énergie de la prise qu'elle exerce sur les aiguilles (c'est ce modèle qui est représenté entier dans la figure).— Aucun de ces instruments n'est muni de ressort : l'étendue du bras du levier formé par les longues branches du manche suffit à assurer une grande fixité à l'aiguille qui a été saisie. Du reste, grâce à la synergie des actions musculaires, l'opérateur serre instinctivement et sans effort, en proportion de la résistance éprouvée pour faire

pénétrer l'aiguille, ce qui rend inutile le point d'arrêt. Ces pinces se démontent facilement en deux pièces très simples, d'un nettoyage très facile.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
CH. MONOD.

Séance du 28 novembre 1888.

Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° M. TH. ANGER s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

3° *Abcès du foie; hépatotomie avec suture du foie à la paroi abdominale; guérison. — Réflexions sur les indications opératoires dans l'empyème chronique*, par le D[r] DEFONTAINE (du Creusot). (Commissaire, M. Terrier.)

A propos de la correspondance.

Statistique des opérations pratiquées pendant l'année 1887-1888 *à la Clinique chirurgicale de la Charité.*

M. TRÉLAT. Je dépose sur le bureau de la Société deux exemplaires du numéro du 25 novembre du *Bulletin médical.* J'ai publié dans ce journal ma première leçon de clinique de cette année, consacrée à l'étude détaillée de la statistique opératoire de mon service. J'ai voulu épargner à la Société une lecture ennuyeuse et lui signaler l'existence du document complet.

Je me borne à en faire ressortir quelques points

Depuis huit ans que je suis professeur de clinique, j'ai vu la mortalité opératoire s'abaisser régulièrement. Elle était, au début, de 16 0/0 et avait fléchi jusqu'aux environs de 6 0/0. Depuis trois ans, je tournais autour de ce chiffre sans pouvoir en sortir. Cette année, nous arrivons à 4,1 0/0 sans aucune défalcation, c'est-à-dire en comptant tous les cas, quelle que soit leur gravité antérieure à l'opération. Comme je compare entre elles des statistiques dressées de la même façon, comportant à peu près la même proportion de cas légers et graves, on comprend la valeur de ces variations.

Pour les amputations : bras, avant-bras, cuisse, jambe, nous avons cette année 16 0/0 de mortalité. Pour huit ans, 82 opérés, 14 morts, nous arrivons à 17 0/0. Je crois qu'on ne pourra guère descendre au-dessous de ce chiffre. Les amputations pour affections locales donnent des résultats excellents. De ce chef, on peut espérer une très basse mortalité, 4 ou 5 0/0. Mais les amputations pour maladies infectieuses chargent la mortalité opératoire de toute leur gravité propre. Et comme on ne peut pas décliner ces cas redoutables, il est à craindre qu'on ne puisse, jusqu'à nouvel ordre, descendre au-dessous de 15 0/0.

Les hernies nous fournissent 1 mort sur 16 opérations. C'est notre unique cas de mort depuis deux ans ; il s'agissait d'un étranglement. Le total nous fournit 19 cures opératoires, 0 morts ; 8 kélotomies pour étranglement, 1 mort. En tout, 3,7 0/0. Nos 19 cas de guérison pour cure opératoire sans accident et sans mort plaident en faveur de l'opération.

Enfin, j'attire l'attention sur nos opérations abdominales et gynécologiques. 3 kystes hydatiques du foie traités par laparotomie et incision large, une fistule pyo-stercorale avec suture intrapéritonéale de l'intestin, 10 opérations d'Alexander, 9 opérations plastiques sur le vagin et le périnée, 51 curettages utérins portés aujourd'hui à plus de 60, ne nous donnent pas un cas de mort. Nos 4 cas de mort appartiennent, 2 à l'hystérectomie vaginale, 2 aux laparotomies pour tumeurs (kystes et épithéliomas) des ovaires ou ovaro-salpingites. Depuis dix-huit mois que nous avons commencé à faire ces opérations à la clinique de la Charité, nous avons pratiqué 13 opérations, dont 8 pour kystes de l'ovaire et 5 pour salpingites ; nous avons eu 2 morts, soit 15,3 0/0 de mortalité, chiffre très acceptable, mais d'ailleurs susceptible d'amélioration.

Je signale en terminant deux fautes d'impression dans ma leçon du *Bulletin médical*. Elle porte le millésime de 1888-1889 ; il faut lire 1887-1888. Aux opérations diverses on a imprimé : fractures compliquées : guéris 4, morts 2 ; le texte porte : guéris 6, morts 0.

A propos du procès-verbal

Hystérorrhaphie pour prolapsus utérin.

M. Terrier. M. Pozzi nous a montré dans la dernière séance qu'il était fort au courant de l'historique de la question que j'ai portée devant vous. Voici ce que j'ai moi-même à vous dire à ce sujet :

La première opération entreprise pour fixer l'utérus à la paroi abdominale a été pratiquée par Olsthausen en 1886 ; c'était pour une chute de l'utérus. Le procédé était tout différent de celui que j'ai employé. La tentative n'a pas eu le résultat voulu, la chute s'est reproduite ; l'état de la malade n'a pas été amélioré. La seconde opération de ce genre, cette fois encore pour chute de l'utérus, et exclusivement pour chute, a été pratiquée par John Philip, et toujours par un autre procédé que le mien. Le troisième fait est le mien, celui dont je vous ai entretenus mercredi dernier. L'opération a été pratiquée le 7 août 1888.

Voilà l'historique des opérations pratiquées sur l'utérus par la voie abdominale pour remédier à la chute de l'organe.

D'autre part, dans des circonstances toutes différentes, au cours d'une ovariotomie, l'utérus étant de plus prolabé, il est arrivé que certains opérateurs ont eu l'idée, pour maintenir l'utérus en place, de fixer le pédicule du kyste qu'ils enlevaient dans la plaie abdominale.

La première tentative en ce sens a été faite par Kœberlé en 1877. Depuis, Brennecke l'aurait renouvelée, et encore ne s'agit-il là que d'un récit fait oralement à un chirurgien américain.

M. Trélat. Je profite de ce que la question revient à notre ordre du jour pour rappeler que je me suis révolté à notre dernière séance contre le mot de *ventro-fixation* appliqué à l'opération pratiquée par M. Terrier et aux opérations analogues. Il serait cependant facile de trouver une dénomination à la fois plus acceptable et plus significative. Je vous propose celle d'*hystéropexie* [ὑστέρα, matrice, et πήγνυμι, je fixe (πῆξις, fixation)], qui me paraît infiniment préférable ; elle aura du moins cet avantage de délivrer nos oreilles du mot *ventro-fixation*, qui n'est qu'un épouvantable barbarisme.

M. Terrier. Kœnig a depuis plusieurs années donné à l'opération en discussion le nom d'*hystérorrhaphie*, que je préfère pour mon compte à celui de ventro-fixation.

M. L.-Championnière. Puisque nous sommes en train de compter

les cas d'opérations faites pour fixer l'utérus dévié, je puis vous dire que j'ai fait, lundi dernier, dans un cas de rétroversion, une opération semblable à celle de M. Terrier. La malade qui l'a subie devait être opérée au mois d'août. Les règles survenues malencontreusement, puis mon absence pendant les vacances, m'ont empêché d'agir aussitôt que je l'aurais voulu. La chose s'est faite très simplement et très facilement. La malade va bien. Mon impression est qu'il s'agit là d'une excellente opération.

Suite et fin de la discussion sur le traitement du cancer de l'utérus.

M. Berger. Je tiens à venir à mon tour, et en très peu de mots, vous donner les résultats de ma pratique en matière d'hystérectomie totale. Je n'ai fait que deux fois cette opération ; dans l'un et l'autre cas avec le concours de mon collègue et ami le Dr Richelot. Ma première malade est morte, le quatrième jour, de péritonite septique. La seconde a succombé assez rapidement à des accidents urémiques, dus à ce que l'un des uretères et peut-être les deux uretères ont été pris dans les pinces à pression placées sur les ligaments larges. Je suis loin de vouloir juger de la valeur d'une opération sur deux cas, tous deux malheureux. On comprendra cependant que de pareils résultats me rendront pour l'avenir singulièrement réservé, lorsqu'il s'agira de poser les indications de l'hystérectomie vaginale.

M. Verneuil. Je me félicite d'avoir suscité un débat qui, à défaut d'autres mérites, aurait au moins celui de l'opportunité. Mais, avant d'en examiner les résultats, laissez-moi vous remercier d'abord d'avoir pris en considération les opinions que je venais défendre et de les avoir discutées avec courtoisie, alors même que vous ne les partagiez pas.

Certes, ce n'est pas encore aujourd'hui que sera porté le jugement définitif sur les deux hystérectomies; mais je constate avec satisfaction, dans certaines des allocutions prononcées, les deux choses que je voulais obtenir, savoir : une protestation catégorique contre l'emploi exclusif de l'hystérectomie totale, et une reconnaissance officielle de l'hystérectomie partielle. Ce qui nous ramène, je l'espère, au principe de la sélection opératoire raisonnée, si précieuse, si conforme à l'esprit français, et qu'on pouvait croire oubliée chez nous ; car, tandis qu'à l'étranger certains chirurgiens, ayant essayé tous les modes d'amputation totale ou partielle, avaient

acquis le droit de les juger en connaissance de cause, on paraissait s'en tenir exclusivement ici à l'hystérectomie complète. Or, il n'en était rien, puisque MM. Polaillon et Marchand mettaient à profit les deux méthodes et pouvaient en apprécier la valeur comparative.

Ce qui me porte à croire que le procès sera revisé selon mes désirs et que l'hystérectomie partielle va reprendre dans notre pays la place qui lui revient légitimement, c'est que, sans compter mon propre suffrage, elle est recommandée par MM. Polaillon et Marchand et acceptée par M. Tillaux; c'est que M. Bouilly, reconnaissant que chez un de ses malades elle eût été préférable à l'ablation totale, l'emploiera sans doute le cas échéant, et que M. Richelot, l'un des apôtres les plus fervents de l'opération radicale, a, dans son dernier discours, montré des hésitations de bon augure.

Seuls, MM. Trélat, Terrier et Reynier surtout restent inébranlables dans leurs convictions.

Cette juste réhabilitation de l'amputation du col paraît d'autant plus assurée que ses adversaires,— ou, pour parler plus exactement, ceux qui ne la pratiquent pas, — ne pouvant lui contester ni la simplicité ni la bénignité, — qualités maîtresses pour une opération palliative, — lui reprochent seulement son insuffisance, et que ses partisans démontrent sans peine, les chiffres à la main, que, sans faire courir aux malades de sérieux dangers, elle leur rend, tout bien compté, d'aussi grands services que la méthode rivale.

On a accusé la présente discussion d'être prématurée; elle n'aurait dû, paraît-il, venir que dans trois ans environ. Je comprends mal le reproche.

Si l'hystérectomie partielle a des avantages notoires, si elle convient à des cas nombreux et déterminés; si elle est malencontreusement abandonnée, pourquoi faudrait-il attendre trois ans pour le dire ?

Si l'hystérectomie totale n'a pas réalisé toutes les espérances qu'elle avait fait naître de par la théorie et la logique; si elle a déjà découragé quelques-uns de ses adhérents de la première heure; s'il est manifeste qu'on a attendu d'elle plus qu'elle ne peut donner; si elle est meurtrière à divers titres; si elle n'est rien moins que radicale; si elle a été pratiquée à la légère dans une foule de cas où elle était contre-indiquée; si, au lieu d'être la méthode générale dans la cure du cancer utérin, elle ne peut être que très exceptionnellement utile; si, en disant ces choses, on peut empêcher que de nouvelles fautes soient commises, et faire que de nouveaux désastres soient évités, pourquoi donc attendre trois ans ?

On réclame ce délai pour pouvoir opposer aux longues survies de l'hystérectomie partielle des survies égales dues à l'hystérectomie totale; on argue que cette dernière, n'ayant été inaugurée

chez nous que depuis trois ans et demi, ne peut encore avoir réalisé des guérisons de cinq ou six ans, ce qui est tout à fait indéniable. Mais alors dans trois ans on demandera sans doute un nouveau sursis. Supposons en effet qu'en 1891 la malade que j'ai opérée en 1883 avec M. le Dr Siredey soit aussi bien portante qu'elle l'est aujourd'hui, les premières hystérectomies totales ne datant que de 1885, il faudra aller jusqu'en 1893 pour démontrer qu'elles peuvent, elles aussi, fournir des survies de huit ans — et ainsi de suite.

Cette comparaison entre les deux hystérectomies, que vous croyez encore impossible en France, a été faite à l'étranger. Elle semble démontrer que l'amputation partielle, au point de vue de la survie, donne des résultats supérieurs à ceux de l'extirpation complète; puis, autre fait bien décourageant, qu'au bout de quatre ans presque toutes les femmes ayant subi la grande opération ont succombé.

Je sais que vous rejetez ces documents et que vous voulez vous borner à ceux de votre pratique ; mais prenez garde alors qu'on ne vous accuse d'avoir deux poids et deux mesures; car, si vous cherchez à implanter chez nous l'opération ressuscitée par les chirurgiens allemands, si vous citez continuellement leurs statistiques pour montrer que l'opération devient de plus en plus bénigne, — ce qui sert votre cause, — pourquoi récuseriez-vous ces mêmes statistiques quand elles plaident contre vous ?

Je n'ai point voulu faire d'excursions dans la littérature de nos voisins; mais j'affirme que, si je m'y étais décidé, j'aurais rassemblé sans peine contre l'hystérectomie totale des dépositions déjà nombreuses, émanant de chirurgiens de très grande valeur, qui comme moi croient que l'heure de la réaction a sonné. En tout cas, s'il faut plus de trois ans et demi pour démontrer que l'hystérectomie totale peut guérir radicalement le cancer utérin, ce laps de temps suffit malheureusement pour prouver d'ores et déjà que ces guérisons, d'ailleurs fort rares, sont bien chèrement achetées.

On a dit de tout temps que, pour s'entendre sur les choses, il fallait d'abord s'entendre sur les mots. Or, dans les séances précédentes, on a parlé d'opérations curatives et palliatives, de cure radicale, de guérison définitive ou temporaire, de survie, etc., mais sans préciser le sens de ces termes et sans chercher à les appliquer rigoureusement dans l'espèce. Il en résulte une certaine confusion et des malentendus qu'il est bon de faire cesser.

Je formulerai, pour faciliter l'entente, les quelques propositions suivantes, sur lesquelles on pourra discuter.

En cas de néoplasme malin, — de cancer, si l'on veut employer le mot dans le sens clinique, — une opération n'est curative qu'à

la condition de détruire entièrement la production morbide, c'est-à-dire la tumeur initiale et ses prolongements voisins et distants; elle peut alors amener la cure radicale, c'est-à-dire la guérison du mal sans crainte de retour.

Par malheur, l'éradication susdite, sans être impossible, est certainement fort rare, comme l'atteste la fréquence extrême des récidives prochaines ou lointaines; aussi le chirurgien, n'étant jamais sûr de l'avoir réalisée, est libre d'espérer la cure radicale, et peut même l'obtenir, mais ne saurait en aucun cas l'affirmer.

Les probabilités de l'éradication complète augmentent sans nul doute avec l'étendue des sacrifices; toutefois, le but peut être atteint par une opération partielle aussi bien que par une opération totale; l'important n'est pas que l'exérèse soit large ou restreinte, mais bien qu'elle soit suffisante.

Une opération n'est que palliative quand, volontairement ou involontairement, elle a épargné une partie du néoplasme, cas regrettable, mais bien fréquent. Certes, elle présente alors de grands avantages en retardant la marche de la maladie ou en remédiant à des accidents divers; elle peut même être suivie de cicatrisation plus ou moins durable de la plaie chirurgicale, ce qui constitue le succès opératoire. — Mais, comme la récidive se montre fatalement après un laps de temps variable au point opéré ou dans la zone suspecte, on ne doit point donner à un succès passager, à la trêve comprise entre l'opération et la réapparition du mal, présage d'une mort prochaine, le nom de guérison, à moins qu'on ne s'empresse d'y ajouter l'épithète de *temporaire* ou de *provisoire.*

C'est pourquoi, ne partageant point l'illusion de ceux qui croient la cure radicale assurée au bout de deux ans, ni même après quatre, ayant vu chez une de mes opérées la récidive survenir après six années entières, et voulant encore moins donner comme guéries des malades hystérectomisées depuis quelques mois à peine, j'ai laissé de côté les cures radicales invraisemblables et les guérisons problématiques, pour me borner à enregistrer la survie de mes opérées. Peut-être ai-je eu le tort de ne point diviser cette survie en deux étapes, la première allant de l'opération à la récidive et la seconde de la récidive à la mort; mais il serait facile d'adopter cette base dans l'avenir.

En tout cas, voici comment on pourrait classer les résultats généraux de l'hystérectomie :

1° Survie nulle — mort opératoire;

2° Survie sans cicatrisation locale ou sans succès opératoire, le mal se continuant sur place ou récidivant sur-le-champ;

3° Survie avec succès opératoire primitif; guérison temporaire

plus ou moins durable et récidive locale ou à distance entraînant plus ou moins vite la mort;

4° Survie avec succès opératoire et guérison apparente ou temporaire, longue et même très longue : cette dernière faisant croire à la cure radicale et y correspondant peut-être.

Tous les cas, ce me semble, rentreraient dans ce cadre, qui conviendrait aussi bien à l'hystérectomie totale qu'à l'hystérectomie partielle. Si la première, en effet, comme l'espèrent ses partisans, amène la guérison radicale, que M. Reclus définit avec raison « la survie indéfinie sans récidive », ou même prévient plus sûrement et retarde plus longtemps la récidive, elle fournira un total de mois de survie non seulement plus considérable à toutes les époques, mais qui ira toujours en grossissant avec les années.

Quoi qu'il en soit, ayant adopté pour juger les résultats de ma pratique le critérium de la survie, je me crois en droit de m'en servir pour apprécier les résultats de mes collègues.

Avant de reprendre ma plaidoirie sur le fond de la question, c'est-à-dire sur le degré d'efficacité de l'amputation du col, je voudrais dire quelques mots du manuel opératoire.

Jusqu'à présent, j'ai toujours employé le même procédé, c'est-à-dire l'amputation sous-vaginale, et toujours avec le même instrument, c'est-à-dire l'écraseur linéaire, faisant à la suite, quand la chose était nécessaire, l'évidement de la partie centrale de la plaie avec la curette et le thermocautère. Or, plusieurs d'entre vous rejettent la section sous-vaginale et lui préfèrent l'opération de Récamier rééditée par Huguier et par Schrœder, sous prétexte que la première section, portant trop bas et alors nécessairement incomplète, devait être suivie de récidive inévitable et immédiate.

J'ai reconnu depuis longtemps la valeur du reproche quand on opère par le procédé de Chassaignac, car mon mémoire de 1884 a eu surtout pour but la description du procédé beaucoup plus sûr des deux hémi-sections. Il faut croire que j'ai réussi et que mes opérations m'ont pas été trop défectueuses, car elles m'ont donné un résultat que mes contradicteurs n'ont point remarqué et sur lequel j'appelle de nouveau leur attention.

Sur 21 cas, j'en compte 12 dans lesquels, après une survie de sept ans à dix-huit mois, il n'y avait ni au fond du vagin ni dans le moignon utérin lui-même aucune trace de récidive. J'ai actuellement encore sous les yeux 4 cas de ce genre. Sans doute quelques-unes des 12 malades ont succombé, mais la repullulation du mal s'était faite en dehors de la matrice, tout comme s'il se fût agi d'une hystérectomie totale, laquelle, soit dit en passant, n'aurait évidemment pas mieux réussi à la prévenir.

A l'écraseur, vous préférez pour la plupart le thermocautère, le bistouri, et surtout l'anse galvanique. Je me suis expliqué jadis sur l'emploi de cet instrument. Sans doute, à son aide l'ablation du col est rapide, mais cet avantage de second ordre ne compense pas les inconvénients qui suivent : le placement de l'anse n'est ni plus aisé ni plus précis que celui de la chaîne ; les accidents ne sont pas rares : rupture du fil ou incandescence trop grande qui lui ôte ses qualités hémostatiques ; nécessité d'un aide spécial très exercé pour le maniement de l'appareil, qui d'ailleurs se détraque souvent, ce qui est fort désagréable en province et même en ville ; ajoutez le prix élevé du galvano-cautère, et vous en arriverez à conclure que le procédé est inaccessible à la grande majorité des praticiens.

Je continue donc à recommander le procédé des hémi-sections avec la chaîne, qui divise les tissus sur le vivant comme sur le cadavre, et à l'emploi de laquelle on peut s'exercer à l'amphithéâtre, tout comme on s'exerce à lier la fémorale et à désarticuler le pied. Je n'ai point encore vu d'accidents imputables à l'écraseur lui-même, tandis que, à ma connaissance, des hémorrhagies graves ont suivi l'emploi de l'anse galvanique, tout comme la péritonite est survenue après l'usage du bistouri, et la perforation de la vessie après celui du thermocautère. L'écraseur étant donc moins dangereux et d'un maniement plus simple que les autres agents d'exérèse, je lui conserve ma préférence.

Sans doute, les chirurgiens de premier ordre, habiles, expérimentés, intrépides, habitués à triompher des plus grandes difficultés opératoires, ne se soucient guère de la simplicité plus ou moins grande d'une opération, et prennent quelque peu en pitié les praticiens timorés qu'effrayent les obstacles et les dangers accumulés. Pour eux, la chirurgie doit être faite exclusivement par les chirurgiens de race, disposant de toutes les ressources, si compliquées qu'elles soient, de la pratique moderne, et ne voyant que le but, sans avoir à se préoccuper des moyens.

Il ne faut point espérer ébranler ces fiers intransigeants en mettant en parallèle les deux opérations : l'hystérectomie totale, où tout est malaisé : l'antisepsie préalable comme l'antisepsie post-opératoire ; l'extirpation elle-même, quand la matrice est volumineuse ou adhérente ; l'hémostase, sur laquelle les avis sont très partagés, — où la moindre faute dans l'acte opératoire comme dans les soins ultérieurs peut entraîner la mort, — où les opérateurs les plus exercés ont déjà déchiré la vessie, perforé l'intestin, ouvert ou comprimé les uretères, etc., et l'hystérectomie partielle, pour laquelle il n'est pas besoin d'avoir reçu « une éducation chirurgicale supérieure », qu'on pratique sans apparat, sans autres préparatifs que quelques lavages antiseptiques faits avant l'opéra-

tion, répétés deux ou trois fois pendant sa durée, et pour lesquels suffisent amplement deux litres de solution phéniquée — avec le concours de trois aides tout à fait ordinaires, dans la première salle venue d'un hôpital quelconque, ou dans une chambre d'hôtel, ou dans le logis d'un ouvrier — pour laquelle les soins consécutifs sont tout à fait insignifiants et qui enfin n'expose qu'à des accidents opératoires fort rares et contre lesquels d'ailleurs on n'est pas désarmé.

Mais je ne puis croire que la masse du public médical reste indifférente à un tel contraste et ne soit disposée à le prendre en considération. Je ne puis résister au désir de vous montrer ce que vaut une méthode opératoire accessible à la pluralité des médecins.

Un de mes anciens internes, le Dr Malécot, qui pratique la médecine à Paris, sans être spécialement chirurgien, a inséré dans la *Pratique médicale* du 6 novembre dernier, sur le parallèle entre les deux hystérectomies, un article qui se termine par les paragraphes suivants :

« Il est bon nombre de malades qui ne sont point en situation de faire appel aux virtuoses de la chirurgie et à qui répugne la promiscuité de l'hôpital : l'amputation partielle du col, faite sans danger par un médecin soigneux, prolongera leur vie en leur évitant souvent ces deux symptômes redoutables du cancer utérin, l'hémorrhagie et la douleur.

« Pour mon compte, j'ai pratiqué deux fois cette opération et j'ai obtenu les résultats les plus satisfaisants. Mes deux malades, exténuées par des hémorrhagies considérables, étaient condamnées à une mort prochaine. En présence de mes excellents amis les docteurs Jouin, Renard, Mesnet, Lindegger, j'ai pratiqué chez toutes deux, au ras du cul-de-sac supérieur, la section du col au moyen du thermocautère et après abaissement préalable de l'utérus. Il n'y a eu ni fièvre ni accident abdominal, les forces sont rapidement revenues, les malades ont pu reprendre pour quelque temps leurs occupations et leurs habitudes conjugales, et elles n'ont succombé, l'une que le onzième mois, l'autre que le dix-septième mois après l'opération. La récidive locale qui s'est produite a été peu étendue ; toutes deux sont mortes épuisées par la cachexie et sans avoir ressenti les douleurs intolérables de la période ultime.

« En me rappelant bon nombre de cancéreuses utérines chez lesquelles aucune intervention n'avait été tentée et que j'avais vues pendant des mois en proie à des souffrances atroces ou intoxiquées par la morphine, je me suis félicité, malgré le résultat final, d'avoir pratiqué l'amputation partielle du col. »

Je crois qu'il est, en province et même dans les grands centres, plus d'un praticien qui approuvera et imitera M. Malécot.

Si la simplicité est précieuse, la bénignité l'est encore bien davantage. Sous ce rapport, il n'y a aucune comparaison à établir entre l'hystérectomie partielle et l'hystérectomie totale ; personne, je le sais, ne conteste la gravité si évidente de cette dernière, gravité que bien peu d'opérations chirurgicales dépassent de nos jours et qui éclaterait plus grande encore si, à l'exemple de MM. Polaillon, Kirmisson, Monod, Berger, tous ceux qui n'ont subi que des revers les faisaient connaître à cette tribune ; aussi, lorsque M. Pozzi a trop atténué les périls de l'extirpation totale, MM. Terrier, Trélat et d'autres se sont hâtés de protester.

Mais, laissez-moi le dire avec tous les ménagements imaginables, cette gravité, que nul ne songe à nier, ne semble point émouvoir ceux d'entre vous qui veulent continuer quand même leurs expériences. Comme le capitaine qui, pour vaincre, lance sans les compter ses soldats à l'assaut, pour atteindre l'idéal de la victoire chirurgicale, c'est-à-dire la guérison définitive, vous poursuivez imperturbablement votre marche en avant sans penser aux victimes de la médecine opératoire. C'est la doctrine du tout ou rien (Reclus), exposée avec autant de sincérité que de netteté par M. Richelot dans son premier discours.

J'accorde que, plaidant en habiles avocats les circonstances atténuantes, vous expliquez sans peine la mortalité considérable qui nous effraye par l'imperfection primitive du manuel — par les tâtonnements qu'on retrouve au début de toutes les grandes opérations — par l'impéritie des opérateurs novices — par le mauvais choix des cas : soit que les lésions aient été trop étendues, soit que les opérées aient été atteintes de maladies antérieures méconnues, diabète, affections rénales, etc., et comme en fin de compte il y a remède à tout cela, comme la technique et l'outillage se perfectionnent continuellement, comme à la longue les apprentis deviendront maîtres, comme on pourra, ainsi que le conseille formellement M. Pozzi, ne s'attaquer qu'à des cas tout à fait simples ou commençants, comme il sera le plus souvent possible de reconnaître, par un examen minutieux, les propathies qui contre-indiquent l'intervention, comme on peut invoquer déjà les statistiques de de MM. Terrier et Bouilly, qui s'améliorent d'année en année, comme certains chirurgiens étrangers, que vous valez certainement bien, sont arrivés même à ne plus perdre que 6 0/0 de leurs opérés, on entrevoit l'heureux moment où, la mortalité opératoire étant devenue quantité négligeable, il sera permis de proclamer l'incontestable supériorité de l'hystérectomie totale, de l'imposer comme méthode de choix et de blâmer presque ceux qui utiliseraient encore les méthodes rivales.

Si ces espérances se réalisaient, ce que je désire de tout mon

cœur, les objections et les réserves que font quelques-uns d'entre nous perdraient évidemment de leur force, mais ne disparaîtraient pas entièrement pour cela.

Il faudrait, en effet, pour que le triomphe de l'hystérectomie totale fût complet, que ses succès opératoires devenus constants assurassent de même ses succès thérapeutiques ; qu'en d'autres termes les opérées, ayant échappé au danger des premiers jours, fussent désormais débarrassées de toute crainte comme après l'ovariotomie et l'ablation des corps fibreux. Mais vous savez bien qu'il en est autrement, car quelque brillante qu'ait été l'exécution, quelque simples qu'aient été les suites immédiates, quelque prompte qu'ait été la cicatrisation, la récidive toujours imminente se montre très souvent dans les premiers mois et la première année, souvent encore dans la seconde, assez rarement pendant la troisième, par cette raison que déjà les trois quarts des opérées sont mortes ou en train de mourir, et plus rarement encore pendant ou après la quatrième, parce que le combat à cette époque a fini faute de combattants. Ce qui fait qu'au bout d'un certain temps le principe du tout ou rien conduit presque fatalement au rien.

Et ce qu'il est le plus pénible d'avouer, c'est que si on parvient, à force d'habileté, de précaution, de soins minutieux, à rendre l'opération innocente, on ne connaît rien, mais absolument rien, qui constitue une garantie tant soit peu sérieuse contre cette terrible récidive, ce qui revient à dire que l'hystérectomie sacrifie sans doute de moins en moins d'existences, mais qu'elle n'en sauve pas davantage.

Si *a priori* on peut espérer que l'ablation précoce d'une lésion encore fort limitée assure, sinon la cure radicale, au moins la plus longue survie, l'illusion doit tomber devant les faits comme ceux de M. Pozzi et celui surtout que M. Monod nous a cité dans la dernière séance. Il y a plus, et je crois pouvoir avancer que trop souvent l'hystérectomie totale, alors même qu'elle guérit comme opération, abrège considérablement la vie par la rapidité de la récidive et la violence des accidents qui en résultent. Les faits de M. Polaillon entre autres déposent évidemment dans ce sens tout comme le suivant, qu'a bien voulu me communiquer M. Gérard Marchant, chirurgien des hôpitaux.

Épithélioma du col utérin. Hystérectomie vaginale, récidive rapide.

Mme Mart..., âgée de 54 ans. Utérus mobile, paraissant abaissable : l'épithélioma du col n'a pas envahi la paroi vaginale, et les culs-de-sac utérins semblent sains.

Hystérectomie vaginale pratiquée le 3 juillet dernier (1888). — Diffi-

cultés opératoires tenant à ce que l'utérus n'est pas aussi mobilisable qu'il le paraissait à un premier examen. — Grâce au crochet du Dr Quénu, les ligaments larges peuvent être abaissés, pincés, et l'utérus détaché.

Les suites opératoires furent assez simples, mais la convalescence longue ; cependant la malade pouvait quitter Paris, le 3 août 1888. Au moment de son départ, l'opérée avait déjà *une tuméfaction douloureuse* dans le cul-de-sac postérieur, tuméfaction qui a persisté et qui n'était autre qu'un début de récidive.

Depuis qu'elle est rentrée chez elle, Mme M... s'est toujours plaint, dans ses lettres, de vives souffrances du côté du bas-ventre, avec prédominance dans le rectum. Le 24 novembre, j'ai reçu une lettre du Dr Doucet, qui a vu mon opérée et qui me donne sur son état les renseignements les plus tristes. « J'ai vu, il y a deux jours, votre opérée, Mme Mart... La récidive se manifeste par une ulcération de la largeur du pouce au fond du cul-de-sac ; il y a des douleurs insupportables du côté du rectum et des reins... La malade ne mange plus, ne dort plus et est dans un état de surexcitation nerveuse incroyable. »

En vérité, Messieurs, pour justifier la doctrine hardie du tout ou rien, pour atténuer le pronostic si sombre de la grande opération, pour nous faire en un mot tenter l'aventure de la cure radicale, il faudrait que les résultats généraux de l'hystérectomie totale fussent meilleurs qu'ils ne le sont. Ses partisans les trouvent encourageants, puisqu'ils se proposent de poursuivre leurs tentatives, mais je ne puis partager leur croyance quand je vois ce qu'a produit, entre les mains de nos confrères les plus habiles (toutes les opérations que je cite ici ont été pratiquées par des chirurgiens de nos hôpitaux), une opération qu'on prétend être *seule curative*, *seule capable* d'assurer le salut des malades.

Les essais, vous le savez, datent à Paris des premiers mois de 1885. Or, si l'on examine les relevés de MM. Bouilly, Pozzi, Richelot, Terrier, Trélat, Polaillon, Alfred Marchand et Gérard Marchant, Perier, Monod, Schwartz et Kirmisson, Segond et Berger, voici ce qu'on apprend sur le sort des opérés :

Sur 109 hystérectomies totales[1], je compte :

Morts opératoires	35
Morts par récidive	31
Morts inévitables, la récidive étant déjà déclarée.	18
Survie sans récidive	25

[1] L'addition de tous les cas cités dans la discussion donne 111 ; mais deux malades de M. Trélat n'ont pas été suivies, en conséquence je les élimine.

Tableau par auteurs.

NOMS.	NOMBRE de cas.	MORTS opératoires.	RÉCIDIVES mortes.	RÉCIDIVES vivantes.	GUÉRISONS provisoires.
Bouilly..............	29	7	8	5	9
Richelot........	24	9	2	6	7
Terrier..............	21	4	11	1	5
Alfred Marchand.....	7	4	2	»	1
Polaillon............	6	2	»	4	»
Pozzi................	6	1	3	»	2
Kirmisson...........	3	2	1	»	»
Trélat..............	3	1	1	»	1
Monod...............	2	»	2	»	»
Gérard Marchant.....	2	»	1	1	»
Segond..............	2	2	»	»	»
Perier..............	1	1	»	»	»
Schwartz............	1	»	»	1	»
Berger..............	2	2	»	»	»
TOTAUX.........	109	35	31	18	25

D'où résulte qu'en moins de 4 ans, ayant 109 fois engagé la lutte pour la cure radicale, vous avez perdu déjà ou vous perdrez inévitablement la bataille 82 fois, c'est-à-dire dans la triste proportion de 75 0/0; et cela 35 fois au premier choc, 31 fois après une résistance en général bientôt vaincue ; 18 fois dans un avenir plus ou moins prochain.

A la vérité, il vous reste 25 guérisons possibles, mais dont plus d'une, j'en suis convaincu, ne sera malheureusement que temporaire. En effet, des 24 opérées, 2 seulement ont dépassé la troisième année : l'une de M. Terrier, avec 41 mois ; l'autre de M. Trélat, avec 40 mois. Trois ont dépassé la deuxième année : 29 mois (Terrier) ; 2 ans accomplis (Bouilly) ; 25 mois (Richelot). Huit ont franchi les limites de la première année, dont une à M. Terrier, 3 à M. Richelot, 4 à M. Bouilly ; enfin 12 ne comptent pas encore un an à leur actif.

Or, qui peut espérer que les 19 femmes qui n'ont encore doublé ni le cap de la deuxième année ni même celui de la première guériront toutes radicalement. Qui pourrait même affirmer que les cas encourageants, au nombre de 5 sur 109, — entendez bien, — sont définitivement hors de danger? Pour moi, je ne puis le croire, ayant vu dans ma propre pratique la récidive à distance survenir après six ans de guérison apparente, et observant encore à l'heure présente deux opérées de mars 1885 qui ont probablement

une récidive à distance dont les indices d'ailleurs vagues ne se sont montrés qu'après trois années entières de bonne santé.

Donc, même pour les cinq bien heureuses, il serait prudent de ne point encore chanter victoire.

L'un de vous, à qui je communiquais ce sombre tableau, me faisait remarquer que la colonne de la léthalité était surtout chargée par l'addition des petites séries, mais que, dans les grandes, les résultats étaient moins déplorables. J'accorde le fait et cependant, dans ces grandes séries, même si l'on distribue les cas comme je viens de le faire en quatre groupes, on constate que celui des guérisons temporaires n'est pas aussi nombreux qu'il le faudrait pour amener la conversion des hésitants.

M. Bouilly est certainement le plus heureux de tous; mais, de ses 29 opérées, combien sont mortes déjà ou fatalement condamnées à mourir? J'en compte vingt, soit 68 0/0 ; des neuf survivantes, une seulement donne quelques espérances sérieuses, ayant été opérée en 1886. Mais que dire des cinq hystérectomies de 1888, alors que cinq autres contemporaines d'amphithéâtre sont déjà en proie à la récidive? Dernière remarque : si, des douze opérées de 1888, cinq à la rigueur peuvent échapper à la mort, des 9 opérées de 1886, huit ont succombé dans le cours de la première année.

« Mon bilan, ajoute M. Bouilly, n'est pas parfait; mais il est instructif. » Je suis absolument du même avis.

M. Terrier ne me paraît pas plus favorisé ; de ses 21 malades, 15 n'existent plus; une est en récidive. En voici donc 16 hors de cause, soit 76 0/0. La guérison est possible pour cinq. J'accorde même que les chances sont considérables pour les survivantes de 41 et de 29 mois; mais en est-il de même pour les autres, dont deux n'ont été opérées que depuis 4 et 5 mois ?

Je sais bien que notre collègue, heureux de voir en excellente santé son opérée du 5 janvier 1885, s'écrie : « N'y aurait-il qu'un cas analogue sur 50 et même sur 100 opérations complètes, qu'il faudrait préférer celle-ci à une ablation du col fatalement palliative dans l'espèce! » Mais l'argument n'est rien moins que décisif et je ne vois pas ce qui m'empêcherait à mon tour, en rappelant que ma malade de septembre 1883 est mieux portante que jamais, de m'écrier : « N'y aurait-il qu'un cas analogue sur 50 et même sur 100 amputations du col, qu'il faudrait préférer celle-ci à l'hystérectomie totale, dont les résultats généraux sont si mauvais ! »

En regard des résultats fournis par l'hystérectomie totale depuis 1885, permettez-moi de vous rappeler ce que m'a donné l'hystérectomie partielle depuis la même année. Je conçois qu'on ait refusé de mettre en parallèle toute ma pratique, dont les débuts

remontent à près de 30 ans, avec celle qui ne compte pas encore 4 années.

Mais ayant moi-même scindé la somme de mes opérations, je ne vois rien qui s'oppose à ce qu'on compare ce que vous et moi, et marchant chacun de notre côté dans des voies différentes, nous avons obtenu depuis le printemps de 1885.

Peut-être aussi MM. Terrier, Bouilly et Richelot ne consentiront pas à mettre en regard ma série, ne comprenant que cinq unités, avec les leurs, qui sont beaucoup plus nombreuses. Mais je pense que MM. Trélat, Pozzi, Polaillon, A.-H. Marchand, avec leurs séries de 5, 6, 6, et 7 cas, accepteront le parallèle.

Pour mes 5 malades, la colonne de la mort n'est point encore ouverte, car toutes sont vivantes, bien que trois aient été opérées depuis plus de 3 ans. De ces trois femmes, l'une (juin 1885) est inévitablement condamnée, mais elle l'a toujours été à mes yeux, car je n'ai jamais cru l'avoir opérée complètement. Chez les deux autres (28 février, 25 mars 1885) la récidive est probable, mais nullement certaine. Les deux autres (20 avril 1887 et 9 juillet 1888) sont dans l'état le plus satisfaisant. Donc, pour les cinq, la survie moyenne est, à ce jour, de 30 mois.

Or qu'est-il arrivé des 7 opérées de M. Marchand? Quatre sont mortes de l'opération; deux ont succombé déjà à la récidive; une seule survit, mais elle est opérée depuis 6 mois à peine.

Et des six de M. Polaillon? Deux sont mortes de l'opération, et les 4 autres, atteintes de récidive rapide, vont périr d'un jour à l'autre, ne comptant qu'une survie relativement courte.

M. Pozzi est un peu moins malheureux. De ses six opérées, une seule a succombé immédiatement au fameux choc, ou, pour ne pas employer cette expression commode peut-être, mais absolument vide de sens, à une double lésion rénale méconnue. Trois ont ensuite péri de récidive ; les deux dernières opérées, après six et 11 mois, en sont encore exemptes.

M. Trélat compte une guérison temporaire, certainement fort longue, puisqu'elle date de trois ans et quatre mois, mais il a eu un décès opératoire et une mort par récidive. Peut-être les deux dernières opérées, perdues de vue après sept mois et trois mois, sont encore en vie et sans récidive, mais on n'en sait rien; elles comptent donc pour peu de chose.

Peut-être jugera-t-on que mes résultats valent bien ceux de mes honorables collègues et ne partagera-t-on pas l'opinion de M. Trélat qui les trouve médiocres. Et, à ce propos, je demanderai à mon collègue pourquoi il ne veut pas qu'on tienne compte de ma dernière opération sous prétexte qu'elle ne date que de quatre mois et qu'il s'agit d'un épithélioma glandulaire? pourquoi il considère

mes trois cas, où la survie sans récidive a été de trois ans, comme défavorables à l'hystérectomie partielle et plaidant énergiquement en faveur de l'hysterectomie totale, sans songer que, pour les deux opérations de février et mars 1885, la récidive, si elle existe réellement, siégeant en dehors de l'utérus, n'aurait pas été mieux prévenue par l'hystérectomie totale ?

Si d'ailleurs, depuis 1885, je ne suis pas certain d'avoir obtenu une guérison temporaire aussi longue que celle dont M. Trélat est justement fier, deux fois déjà, antérieurement, j'ai eu meilleure fortune encore, partagée d'ailleurs par MM. Polaillon et Marchand, qui suivent encore dans leur clientèle des opérées restant sans récidive depuis sept et huit ans.

Si je reviens avec une certaine insistance sur mes résultats, c'est que je suis en droit de légitime défense et veux répondre aux critiques dont ils ont été l'objet de la part de MM. Richelot et Terrier.

Le premier, à la vérité, s'excuse d'avance [1] « de commettre quelques erreurs de chiffres parce qu'il n'a pas eu sous les yeux le texte même de mon discours. » Mais comment a-t-il lu mon mémoire de 1884 pour ne pas retrancher de mes dix-sept cas celui qui a été suivi de mort opératoire, pour y voir, parmi les seize autres, la malade guérie aujourd'hui depuis cinq ans et n'y pas voir cette autre malade, le fleuron de ma couronne, qui a vécu six années entières sans récidive et n'a succombé qu'un an après, avec sept ans de survie ? Comment compte-t-il onze récidives immédiates quand je n'en signale que sept cas ? Enfin, à propos de ma seconde série de cinq cas, M. Richelot me prête une opinion que je n'ai exprimée nulle part, à savoir : que, chez mes deux dernières opérées, la récidive surviendra probablement.

Je suis plus embarrassé pour répondre à M. Terrier. Déjà, plus d'une fois, nous avons discuté sans être toujours du même avis, mais sans que nos rapports confraternels en aient souffert. Aujourd'hui, pas plus que jamais, je ne voudrais le désobliger, mais je ne puis cacher la surprise que m'a causée son argumentation.

M. Terrier la termine en disant avec une certaine solennité : « que dans l'étude de questions scientifiques, même médicales, il a la ferme conviction qu'il faut s'efforcer d'atteindre une rigueur d'observation excessive », conviction qui l'a poussé à serrer de près la discussion de mon travail.

Je partage ce sentiment, et j'ai bien souvent, depuis que je fais de la science, plaidé cette excellente cause. Je ne me suis jamais plaint davantage d'être discuté sérieusement et sévèrement, mais

[1] Discours du 24 octobre.

si j'accepte volontiers la critique, c'est à la condition qu'elle soit rigoureuse et exacte. Or, je ne trouve point ces qualités dans la partie de l'allocution de mon collègue qui m'est destinée.

M. Terrier trouve incomplètes et pour ainsi dire nulles les observations de mon mémoire de 1884. Je l'ai reconnu d'avance dans mon discours du 17 octobre et j'ai donné pour raison que, voulant à cette époque décrire et recommander un procédé nouveau, j'avais fait surtout un travail de médecine opératoire et non une œuvre de clinique chirurgicale. Cette déclaration aurait dû désarmer mon argumentateur. Lorsque, dans ma dernière lecture, j'ai discuté la valeur thérapeutique du procédé, j'ai fourni des observations auxquelles on pourrait reprocher leur prolixité.

Mais, enfin, si l'on met de côté l'étendue des observations, il n'en reste pas moins avéré que, jusqu'à ce jour, j'ai pratiqué l'amputation du col pour cancer utérin 17 fois avant 1884, et 5 fois depuis; total : 22 cas.

Néanmoins, M. Terrier, se donnant la peine de dresser un tableau spécial de mes opérations, les réduit à 16 et encore il y comprend deux cas qui n'ont aucun rapport avec l'amputation du col, puisqu'il s'agit dans l'un d'une cautérisation avec le caustique Filhos, et, dans l'autre, d'une excision cunéiforme de la lèvre antérieure, suivie de curettage de la cavité cervicale.

A la vérité, M. Terrier, quelques instants après, retranche ces deux faits, ce qui réduit mon total à 14. Mais, alors, pourquoi les a-t-il inutilement cités et, de plus, fort inexactement rapporté le dernier? Notre collègue, en effet, dit que la malade a été perdue de vue au bout de huit mois de survie, alors que, le 17 octobre, j'ai annoncé que, opérée en août 1882, elle était encore bien portante aujourd'hui. Je note encore d'autres observations inexactement citées, entre autres, la première du tableau. J'ai dit, en 1884, et répété dernièrement que la malade était restée six ans entiers tout à fait guérie en apparence; que, atteinte de récidive au commencement de la septième année, elle avait vécu encore toute cette année-là. Or, M. Terrier fait survenir la récidive à la cinquième année, ne comptant que cinq ans de guérison, et ajoutant deux années de survie au lieu d'une.

A propos de l'observation de la dame de Tours et dans le paragraphe où la nature du mal est indiquée, on trouve cette mention : *ulcère du col?* Le point d'interrogation indique que notre collègue, très sévère pour les déterminations anatomo-pathologiques, reste dans le doute sur l'exactitude du diagnostic; or, il aurait suffi de lire l'observation détaillée à l'avant-dernière page du mémoire de 1884, il y est dit catégoriquement et sans point d'interrogation que la

dame présentait au col utérin une *ulcération épithéliale peu profonde encore!*

Ayant écrit en 1884 et parlé en 1888 sur l'amputation du col et chaque fois rapporté des observations, celles-ci se divisent naturellement en deux séries comprenant l'une 17, l'autre 5.

M. Terrier change la répartition, il place la division en 1880 et annonce que j'ai opéré 6 fois avant cette date et 8 fois depuis : total, 14 opérations; mais comme j'ai déclaré, à diverses reprises, avoir amputé 22 fois le col pour cancer, que deviennent donc huit de mes opérations et pour quel motif se trouvent-elles supprimées du tableau qui est censé représenter ma pratique?

Je sais que la préoccupation de M. Terrier est de prouver que ma pratique récente est moins bonne que l'ancienne, tandis que c'est absolument le contraire qui a lieu, mais j'estime que sa démonstration est tout à fait insuffisante.

Notre collègue, exigeant la sévérité la plus rigoureuse dans les questions scientifiques médicales et reconnaissant la nécessité de serrer de près l'argumentation, trouvera tout naturel que j'aie, même à son égard, fait l'application de ses préceptes; il trouvera naturel également que je demande aux lecteurs futurs de consulter mes chiffres plutôt dans mon texte que dans le sien.

Après toutes les critiques que j'ai élevées contre l'hystérectomie totale, est-ce à dire que je conseille de l'exclure de la thérapeutique des néoplasmes malins de l'utérus? Je n'irai point jusque-là : je m'en suis expliqué assez catégoriquement dans mon mémoire de 1884 et dans ma dernière lecture pour qu'on ne puisse pas s'y méprendre. Moins exclusif que MM. Bouilly, Richelot, Trélat et Terrier, qui n'ont point pratiqué l'amputation partielle et paraissent peu disposés à le faire, j'admets que la grande opération est indiquée, et même la seule indiquée, dans certaines conditions, qu'à la vérité je crois tout à fait exceptionnelles et qui, d'ailleurs, devraient être précisées à l'avance et surtout nettement reconnues avant la prise du bistouri.

Ces conditions, que j'ai déjà indiquées dans mon discours du 17 octobre (p. 727), sont :

1° L'exacte limitation du mal à l'utérus avec intégrité absolue des tissus péri-utérins;

2° L'envahissement du col allant trop haut pour que l'amputation partielle sous- ou sus-vaginale soit capable d'extirper tout le néoplasme[1].

Si la première condition n'est pas remplie, nous serons, je pense,

[1] Et naturellement l'épithélioma primitif du corps de l'utérus, comme dans les cas de M. Routier, qui ne rentrent pas directement dans la discussion actuelle.

tous d'accord pour dire que l'hystérectomie totale n'a plus de raison d'être, ne pouvant pas atteindre son but essentiel : la cure radicale, et conservant toujours ses difficultés et ses périls.

D'autre part, si la lésion du col est assez limitée, assez peu profonde pour être complètement supprimée par une résection facile et innocente, c'est incontestablement à cette dernière qu'il faut avoir recours et non à sa rivale, si on veut échapper à la grosse responsabilité d'un désastre chirurgical imprudemment affronté.

C'est pourquoi, soit dit en passant, en entendant M. Pozzi multiplier très judicieusement — ce dont je le félicite — les contre-indications de l'hystérectomie totale, au point de la réserver pour les cas légers et commençants, je me demandais pourquoi il ne traitait pas simplement ces derniers par l'hystérectomie partielle, certainement capable à donner d'aussi bons résultats à bien meilleur marché.

Si donc je me décidais demain à enlever l'utérus entier, c'est qu'au préalable j'aurais acquis la certitude que, pour détruire complètement le mal, l'hystérectomie partielle ne suffirait pas et qu'au contraire l'hystérectomie totale suffirait. C'est, en d'autres termes, que j'aurais porté un diagnostic précis sur l'étendue du mal.

Mais, dira-t-on, comment acquérir cette double certitude exigée? Comment arriver à ce diagnostic topographique exact ? Il est vrai qu'on peut parfois conclure d'un examen attentif que le néoplasme a passé du col au corps, qu'il a envahi les culs-de-sac ou gagné les ligaments larges, auxquels cas l'indication et les contre-indications sont également nettes. Mais que de fois, en revanche, la récidive prompte ou tardive utéro-vaginale ou péri-utérine, a démontré l'insuffisance de l'opération partielle ou totale, alors même que, dans le premier cas, toute la partie utérine du mal avait été absolument enlevée — fait démontré ultérieurement par l'absence de récidive au lieu opéré — et que, dans le second, on avait eu affaire à une lésion très limitée, portant sur une matrice petite, mobile, facile à abaisser et aussi facile à extraire, dans laquelle par conséquent on pouvait croire que la lésion était encore confinée.

Eh bien, Messieurs, je l'avoue en toute humilité, ce sont ces difficultés du diagnostic topographique, grandes et quasi insurmontables à l'heure actuelle, qui m'ont rendu timide; ce sont elles qui, dans le doute et quand je crois utile d'intervenir (car je ne m'abstiens pas systématiquement) me font choisir l'innocente amputation du col.

Ce sont elles encore qui expliquent la contradiction apparente que me reproche M. Bouilly. Mon cher disciple s'étonne de mon hésitation devant l'ablation radicale du cancer utérin, quand il m'a vu pour les néoplasmes du sein, de la langue et du rectum, ne

m'arrêter devant aucun sacrifice et opérer en quelque sorte à outrance. Il lui semble que la même hardiesse est légitime dans tous ces cas et qu'en poursuivant ses tentatives de cure radicale il imite simplement cette ténacité dont je lui ai jadis donné l'exemple. A ceci, je puis répondre d'abord qu'on ne saurait mettre en parallèle les opérations sur la mamelle et sur la langue avec l'hystérectomie. M. Reclus l'a déjà montré dans une argumentation meilleure, à laquelle je reproche d'avoir été insérée dans la *Gazette hebdomadaire* au lieu d'être prononcée ici même, où nous l'aurions entendue avec un vif intérêt. Quand nous opérons sur la paroi thoracique et l'aisselle, ou bien dans la cavité buccale et la région sus-hyoïdienne, nous savons où nous allons et jusqu'où nous allons. Nous nous abstenons surtout quand les dépendances du néoplasme ont dépassé la zone opérable. Rien de pareil dans l'hystérectomie, puisque les régions péri-utérines nous sont interdites, de sorte que, si les ganglions pelviens sont pris, notre opération équivaut à une ablation du sein dans laquelle on ne toucherait point aux glandes indurées de l'aisselle.

La même incertitude, la même impossibilité de reconnaître et d'atteindre les limites du cancer rapprochent de l'hystérectomie totale les ablations étendues du rectum. Aussi les résultats sont-ils à peu près aussi lamentables. Quant à l'opiniâtreté que M. Bouilly m'a vu déployer il y a quelques années, elle a diminué beaucoup et diminue sans cesse depuis que je constate combien elle est restée stérile. C'est pourquoi, instruit par mes déboires, je voudrais prémunir contre eux justement ceux de mes élèves qui me sont le plus chers.

Aussi, ce que je reproche aux partisans de l'hystérectomie totale n'est point de méconnaître ces difficultés, mais de passer outre; de demander tranquillement à l'avenir d'absoudre ou de condamner des tentatives dont il vaudrait bien mieux prévoir l'issue bonne ou mauvaise, et d'un autre côté de poursuivre avec une telle ardeur le problème de la cure radicale du cancer utérin, qu'on pourrait penser qu'il s'agit là d'une question trop urgente pour attendre les résultats d'une étude préparatoire patiente et réfléchie. Et si j'osais risquer une comparaison, je dirais que les enthousiastes de l'hystérectomie totale me rappellent ce fanatique qui, préoccupé de détruire radicalement l'hérésie, disait à ses soldats: « Tuez, tuez tout; Dieu saura bien reconnaître les siens! »

Mais, enfin, avons-nous quelque chance de surmonter ces obstacles et d'arriver un jour à poser un diagnostic pré-opératoire suffisant? Nos éminents collègues, MM. Trélat et Terrier, l'espèrent, et, pour cela, comptent beaucoup sur l'anatomie pathologique, en se plaçant à la vérité à des points de vue différents : M. Trélat,

insistant particulièrement sur l'anatomie pathologique macroscopique, conduisant au diagnostic topographique, et M. Terrier sur l'anatomie pathologique microscopique, conduisant au diagnostic histologique du néoplasme ; tous deux, d'ailleurs, reconnaissant les obscurités du point spécial qui les occupe. M. Terrier surtout invoque avec insistance l'opinion de notre savant professeur d'anatomie pathologique, M. Cornil, déclarant, paraît-il, que l'histoire des néoplasmes utérins est très imparfaite et doit être revisée en entier, et que le diagnostic histologique du cancer utérin est hérissé de difficultés.

Je vais m'expliquer brièvement sur ces points. Comme je l'ai déjà dit dans ma réponse à M. Desprès et, un autre jour, en interrompant M. Terrier, je connais les difficultés du diagnostic ; je les ai signalées en 1884 ; je les ai rappelées le 17 octobre dernier. Je m'en préoccupe sans cesse et j'ai même eu soin d'indiquer les précautions à prendre pour les éviter ou pour en prévenir au moins les conséquences fâcheuses (voir obs. de Mme K.).

D'autre part, j'ai de tout temps plaidé la cause de l'anatomie pathologique et cherché à montrer les lumières qu'elle fournissait au diagnostic, au pronostic et aux indications opératoires. J'en crois l'application si utile que, précisément à propos du cancer utérin et à son traitement chirurgical, j'écrivais en 1884 les quelques phrases qui suivent :

« Je voudrais surtout qu'on tînt en suffisante considération la nature anatomique du néoplasme, et je remarque, non sans étonnement, qu'après avoir fait grand bruit de leur habileté et de leur compétence en fait d'anatomie pathologique, les étrangers paraissent maintenant en tirer si peu de parti au point de vue chirurgical.

« Nous autres, au moins, de l'Ecole française, les Lebert, les Follin, les Broca, et moi avec eux, quand nous nous efforcions d'illuminer le chaos des tumeurs avec le miscroscope, nous espérions bien du même coup éclairer et perfectionner la clinique chirurgicale et l'art difficile des indications opératoires. Aujourd'hui cette tendance heureuse est délaissée. On opère toujours ; on opère mieux peut-être, mais on n'opère pas plus à propos, bien au contraire.

« En ce qui concerne les néoplasmes, ceux-ci sont de plusieurs espèces. Le squirrhe est peut-être moins rare qu'on ne le dit ; la tumeur embryo-plastique (sarcome actuel) n'est pas commune ; l'épithélioma est à lui seul beaucoup plus fréquent que toutes les autres formes ; mais il présente, dans la structure, l'origine et la marche, des variétés différant assez pour comporter un pronostic et surtout une thérapeutique également différents. Lorsqu'il s'agit d'épithélioma ulcéré et infiltré dans le tissu même du col, variété

ordinaire, le pronostic est celui du squirrhe ou peu s'en faut, c'est-à-dire la récidive presque fatale.

« Si l'on a affaire à la forme papillaire à végétations superficielles et excentriques, si je puis ainsi dire; si le derme muqueux est à peine traversé, il y a espoir dans le succès d'une exérèse bien faite, car les ganglions ne sont généralement pas envahis.

« Le type le plus favorable est celui que Ch. Robin a décrit, il y a bien trente ans. Je fais allusion à un épithélioma d'origine glandulaire, de la famille des adénomes, qui en conserve longtemps la bénignité en dépit des hémorrhagies et de la septicémie. Cette forme se rencontre particulièrement chez les jeunes femmes; elle est indolente et longtemps compatible avec la santé générale; elle se prête mal aux amputations partielles, car la dégénérescence glandulaire remonte souvent très haut dans la cavité cervicale; en revanche, comme elle reste fort longtemps confinée dans l'utérus, et comme elle respecte presque indéfiniment les ganglions, elle pourrait guérir radicalement par l'ablation totale de l'organe. Aux chirurgiens donc à perfectionner les procédés opératoires, afin de les appliquer là où ils promettent de réaliser de vrais succès thérapeutiques. »

Mettant en pratique ces préceptes, je n'ai jamais manqué de faire ou de faire faire par des gens compétents l'examen histologique avant ou après les opérations que j'ai cru devoir pratiquer. Une fois seulement, cette précaution a été omise et j'ai eu à m'en repentir; il y a de cela 17 ans; depuis je n'ai jamais commis la même faute.

Une autre fois, l'examen antérieur n'ayant pas été fait, et le diagnostic histologique n'étant pas ferme au moment de l'opération, j'ai procédé de manière à le poser dans le cours de celle-ci, ce qui d'ailleurs a fort bien réussi. J'ai évité de la sorte le désappointement que j'aurais certainement éprouvé si, faisant l'hystérectomie totale, je m'étais aperçu, la pièce en main, qu'il s'agissait simplement d'une métrite hémorrhagique.

C'est assez dire que je partage tout à fait les opinions de MM. Trélat et Terrier sur l'importance de notions anatomo-pathologiques exactes et sur la nécessité de les compléter dans l'espèce. Je ne voudrais pourtant pas laisser croire que tout est à faire, car alors même que les histologistes de profession auraient à disserter longtemps encore sur les variétés, les combinaisons, le point de départ et l'évolution des divers néoplasmes ulcérés, sur leurs relations avec l'inflammation chronique et les hypertrophies glandulaires, — les cliniciens, à l'heure présente, sans se préoccuper de ces incertitudes, sont en mesure, au moins 95 fois sur 100, de décider s'ils ont affaire oui ou non à une néoplasie maligne. J'en appelle à

M. Terrier lui-même, qui se montre très exigeant sur la question histologique, et qui ne croit qu'aux examens faits par des observateurs d'une compétence reconnue — et je lui demande combien de fois il lui est arrivé de se tromper quand, après examen sérieux, il a déclaré qu'une femme était atteinte de cancer utérin, et combien de femmes il a vu guérir après les avoir condamnées.

Il ne faut donc rien exagérer. Si les erreurs histologiques sont possibles, elles ont lieu aussi bien en cas d'hystérectomie totale que d'hystérectomie partielle; elles n'ont donc rien à voir dans le parallèle entre les deux méthodes. Les erreurs cliniques sont certainement rares, je n'en vois réellement qu'une qui puisse être fort préjudiciable : je l'indiquais plus haut; elle consiste à prendre une métrite pour un cancer et à pratiquer en conséquence une extirpation totale, laquelle peut être suivie de mort, comme on en connaît des exemples. Mais la possibilité même de cette erreur, alors qu'on a fait tout son possible pour l'éviter, plaide hautement en faveur de l'amputation partielle, qui procurera la guérison (ce qui, si j'ai bien compris, est arrivé deux fois à M. Schwartz et une fois à moi-même) avec un péril réduit au minimum.

Quant au diagnostic topographique, malheureusement si obscur encore, les autopsies sans doute l'éclairent, ainsi que l'examen des pièces enlevées; mais n'est-ce pas avant l'opération, plutôt qu'après, que le chirurgien aurait besoin de le porter, et n'est-ce pas plutôt dans la pathologie et la marche du mal qu'il en trouvera les éléments? Et, d'ailleurs, si les notions antérieurement données par l'anatomie pathologique font craindre ou même soupçonner l'envahissement des tissus péri-utérins, ne vaudra-t-il pas mieux opter carrément pour l'opération palliative simple et bénigne que de tenter une cure radicale plus que douteuse?

Ce qui me conduit à conclure, comme précédemment, que les incertitudes du diagnostic anatomique, sous ses deux formes principales, légitiment l'hystérectomie partielle plutôt que l'hystérectomie totale.

Naturellement, j'applaudirai à tous les efforts tentés par les partisans de l'hystérectomie totale pour faire cesser ces incertitudes; mais s'il m'était permis d'émettre quelques vœux timides, je souhaiterais qu'on s'arrêtât quelque temps, ne fût-ce que pour juger les résultats des premières opérations, qu'on ne pratiquât du moins de nouvelles opérations qu'en cas d'indications bien nettes; qu'on expérimentât parallèlement aux méthodes récemment retrouvées les méthodes plus anciennes et ayant fait leurs preuves même dans notre pays, et surtout que pour cette enquête pratique on procédât avec prudence et sans précipitation.

En vérité, depuis qu'ils se sont mis à extraire l'utérus cancéreux

soit par l'hypogastre, soit par le vagin, les opérateurs n'ont pas été fort heureux, car il leur a fallu toujours faire au moins deux pas en arrière aussitôt après en avoir fait trois en avant.

Je n'ignore pas que c'est la marche en faveur aujourd'hui pour une foule d'opérations importantes, telles : les ablations du larynx ou de l'estomac, les sutures intestinales perdues, la thyroïdectomie, le traitement des fractures de la rotule par l'ostéorrhaphie et des kystes hydatiques du foie par l'ouverture du ventre, la castration des femmes et le redressement de la matrice par l'opération d'Alquié, etc. ; mais je sais aussi que ces hardiesses ne sont pas suivies et que beaucoup d'entre elles ont été répudiées déjà ou le seront certainement par leurs promoteurs. Dès lors, pourquoi donc marcher si vite pour être contraint de battre inévitablement en retraite ? Ni la science ni la pratique n'ont beaucoup à y gagner.

M. Trélat. Je n'ai qu'un mot à dire sur deux points touchés par M. Verneuil.

Le premier est relatif à l'anatomie pathologique du cancer utérin. Il me semble qu'il importe de spécifier ce que nous demandons aux anatomistes, ce que nous voudrions voir par eux, un jour, établi avec quelque certitude. La question que nous leur posons est double :

1° Parmi les diverses variétés du cancer de l'utérus, en existe-t-il une dans laquelle les lésions demeurent pendant assez longtemps restreintes, limitées à un certain espace de l'organe ?

2° Certaines formes du cancer de l'utérus exposent-elles plus que d'autres à l'envahissement lymphatique ? La lésion locale visible présente-t-elle certains caractères qui permettent de soupçonner cette propagation ?

On comprend quelle importance pratique aurait une réponse précise à ces questions. Elle ne peut, malheureusement, être donnée par les autopsies. Seule, la médecine opératoire peut la fournir. Des constatations de ce genre ne peuvent être faites que sur des utérus enlevés, et enlevés complètement. Cette étude est commencée, mais elle est loin d'être achevée.

Le second point sur lequel je veux revenir est celui des indications de l'hystérectomie totale. J'admets qu'il faut ne se décider à entreprendre l'opération qu'à très bon escient. Pour ma part, je vous l'ai déjà dit, je n'ai trouvé, en quatre ans, que cinq cas où je me suis cru autorisé à la pratiquer.

J'ai en ce moment même dans mon service une femme chez laquelle l'ablation complète de l'utérus me paraissait absolument indiquée ; le jour de l'opération avait été fixé à demain jeudi. J'ai tenu cependant, avant d'agir, à faire subir à ma malade un der-

nier examen plus complet. Or, il m'a paru cette fois, en la touchant par le vagin, que le cul-de-sac gauche n'était pas absolument franc. Par le toucher rectal, d'autre part, toucher très soigné, très pénétrant, il m'a semblé que l'utérus n'avait pas une mobilité parfaite ; j'ai cru de plus percevoir sur les côtés certaines bosselures suspectes. Bref, je me suis décidé à ne pas opérer cette femme. Je dois ajouter que, dans le cas particulier, aucune autre tentative ne me paraît possible ; l'hystérectomie partielle serait ici absolument insuffisante.

Ce fait démontre que certains utérus qui, à un premier examen, paraissaient mobiles ne le sont pas en réalité ; qu'il est facile, d'autre part, de méconnaître des propagations lymphatiques qu'une recherche plus approfondie fait découvrir.

La discussion est close[1].

Présentation de malades.

1° *Ostéotomie du fémur pour cal vicieux.*

M. le Dr Berger présente une jeune fille sur laquelle il a pratiqué l'ostéotomie pour une fracture vicieusement consolidée du fémur complètement redressée par l'appareil de M. Hennequin.

Le 16 janvier 1886, cette malade, alors âgée de 14 ans, s'était fait une fracture du fémur gauche, intéressant le tiers moyen de cet os. Transportée à l'hôpital de Pont-à-Mousson, elle y fut traitée pendant soixante jours, au moyen d'un appareil à attelles. Lorsqu'on enleva ce dernier, on put constater qu'il s'était produit une consolidation vicieuse, pour laquelle on tenta vainement d'exécuter l'ostéoclasie manuelle.

Cette jeune fille fut admise le 29 mars dans mon service, salle Denonvilliers, n° 27, à l'hôpital Lariboisière. L'examen du membre fit reconnaître une consolidation du membre presqu'à angle droit ; le fragment supérieur pointu, faisait saillie en dehors, jusque sous la peau ; le cal était très volumineux ; il existait un raccourcissement de 6 centimètres du membre inférieur gauche.

Le 12 avril, je réitérai, sous le chloroforme, la tentative d'ostéoclasie manuelle, mais sans succès ; en revanche, cette tentative fut suivie d'une réaction notable avec fièvre, élévation de la température, mauvais état général, coïncidant avec une très notable tuméfaction de la cuisse. Cette complication ne se dissipa qu'au bout de trois semaines.

Le 17 mai, j'incisai les parties molles jusqu'au col, je divisai celui-ci non sans peine avec le ciseau de Macewen, je réséquai 2 centimètres

[1] V. p. 926.

de la pointe du fragment supérieur et un peu de celle du fragment inférieur qui s'opposaient au redressement du membre. La plaie fut suturée, drainée, pansée à l'iodoforme et à l'ouate de tourbe, et le membre entier fut soumis à l'extension continue par des poids, au moyen de l'appareil de M. Hennequin, qui voulut bien se charger de tout ce qui concernait la surveillance de cet appareil et la coaptation, me laissant le soin de la plaie chirurgicale.

Il y eut un peu de suppuration profonde, de temps en temps de légères élévations de température, mais aucun accident notable. La traction fut bien supportée; elle fut continuée jusqu'au 14 août, époque à laquelle on put seulement constater que le cal était solide; le 23 août, la gouttière de l'appareil fut elle-même supprimée.

Le genou présenta d'abord une certaine raideur, il y avait une atrophie musculaire notable de la cuisse; on fit donc subir à l'opérée un traitement suivi par le massage et l'électricité. Elle put se lever au commencement de septembre; actuellement elle commence à bien marcher, le fémur est parfaitement rectiligne, le cal peu volumineux. Le membre, mesuré à plusieurs reprises et par plusieurs méthodes, ne présente aucun raccourcissement.

Le résultat obtenu dans ce cas doit être rapporté à l'emploi de l'appareil de M. Hennequin, qui a permis non seulement de redresser la courbure du fémur, mais d'obtenir la consolidation sans aucun raccourcissement. L'ostéotomie et la résection des fragments n'a eu d'autre but que de permettre le redressement et la coaptation par les appareils.

2° *Pseudarthrose de l'humérus opérée et guérie.*

M. Jalaguier présente un malade qu'il a guéri d'une pseudarthrose de l'humérus en libérant les fragments et en les enclouant au moyen de chevilles d'os de veau aseptiques.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,

Ch. Monod.

Séance du 5 décembre 1888.

Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Les fascicules 9 et 10 de nos *Bulletins* et *Mémoires ;*

3° Une lettre de M. le Dr RENDU (de Lyon), réclamant pour Müller (de Berne), en juin 1879, la priorité de *la fixation de l'utérus dans la plaie de l'abdomen contre le prolapsus utérin ;* au reste, le prolapsus s'était reproduit au bout de quelques mois ;

4° Une lettre de candidature de M. AUFFRET, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest, au titre de correspondant national, avec envoi de travaux imprimés : *Résumé de la clinique chirurgicale de l'hôpital maritime ; Exostose du tibia saillant dans le creux poplité ; ablation, guérison ; Observations sur les restaurations de la face ; Accidents produits par les pétrisseuses mécaniques ;*

5° *Coup de pied dans le ventre, perforation de l'intestin grêle, lésions multiples,* par le Dr BEN NEKHACH (d'Inkermann). (Commissaire : M. Prengrueber.)

A propos du procès-verbal.

Hystérectomie vaginale.

M. TERRIER. Je vous dois et je dois au professeur Verneuil une explication des chiffres du tableau que j'ai fait de ses observations. La voici aussi brève que possible :

Dans son premier mémoire des *Archives* (1884), M. Verneuil (p. 17) signale 19 ablations du col, dont 3 pour tumeurs non malignes ; reste 16 cas pour cancers, plus 1 cas signalé en post-scriptum et relaté par M. le Dr Louis Thomas (p. 38), en tout 17 cas, auxquels on doit ajouter les 5 cas du mémoire lu récemment à la Société : Total, 22 cas.

Mais, de ces 22 cas, j'ai omis 1 cas de mort (p. 9 du mémoire des *Archives*), et je n'ai pas compté 7 opérations incomplètes (p. 15), trouvant, comme je l'ai dit, que, dans ces circonstances, l'hystérectomie partielle ou totale était une médiocre opération, donnant des résultats le plus souvent déplorables.

Il restait donc 14 opérations d'ablation du col, auxquelles j'ai ajouté 2 opérations relatées dans le mémoire des *Archives* (grattage et cautérisation), soit les 16 opérations de mon tableau.

Puis, pour calculer les moyennes de survie, je n'ai utilisé que les 14 opérations d'ablation partielle du col, suivies de *guérison immédiate complète,* seules comparables aux opérations d'hystérectomies totales, suivies aussi de guérison immédiate complète.

Je crois avoir, aussi nettement que possible, exposé les diverses raisons qui m'ont fait établir ce tableau comparatif, dans lequel je n'ai rien omis, sauf, je le répète, une opération suivie de mort, celle qui est citée page 9 du mémoire des *Archives*, en 1884.

M. Verneuil. — M. Terrier avait assurément le droit de grouper mes observations comme il l'entendait ; mais ce que j'ai demandé et ce que je demande encore, c'est que, dans son relevé, toutes les opérations faites par moi, bonnes ou mauvaises, soient reproduites. Si l'on s'en rapporte aux chiffres de M. Terrier, je n'aurais fait que 14 ablations de cancer du col, tandis qu'en réalité j'en ai fait 22 ; il manque donc 8 observations. M. Terrier nous dit qu'il a laissé ces cas de côté, parce qu'il s'agit d'opérations incomplètes. Je n'accepte pas cette manière de voir ; à vrai dire, on pourrait soutenir que toutes les fois qu'un cancer récidive, c'est que l'opération a été incomplète. Où s'arrêter alors dans la voie des éliminations ?

M. Terrier. J'ai essayé d'établir une comparaison entre les faits de M. Verneuil et les miens, groupant, d'une part, nos opérations incomplètes, et, de l'autre, nos opérations complètes. Voilà l'explication des tableaux que j'ai dressés. Il est bien clair que l'opinion que devra se faire le lecteur ne doit pas ressortir de l'étude d'un seul tableau, mais de l'ensemble de mon travail.

Discussion sur la pathologie et le traitement des salpingites.

M. L.-Championnière. Le sujet abordé devant vous par M. Routier comprend bien des questions différentes. Les salpingites, au

point de vue chirurgical, sont connues d'étude récente, et cette étude comprend bien des obscurités. Je n'ai pas la prétention de les élucider ici. J'ai fait un assez bon nombre d'opérations pour ces lésions, environ le double de celles rapportées par M. Routier. J'ai de plus, depuis de longues années, eu des occasions toutes particulières d'étudier les phlegmasies utérines et péri-utérines. Pour ces deux raisons, je me permettrai de discuter devant vous deux questions très intéressantes soulevées par M. Routier : l'une concernant la pathogénie de ces lésions, l'autre concernant l'intervention opératoire.

La première question à résoudre est la suivante : d'où viennent les lésions inflammatoires, non seulement des trompes, mais des ovaires et des parties voisines qui peuvent bénéficier d'interventions opératoires inconnues autrefois? Ce n'est pas là une question de pathologie transcendante négligeable au point de vue de la clinique pure. Elle importe au plus haut degré à la connaissance et au traitement actif des maladies utérines et péri-utérines. Mais il ne faudrait pas se figurer qu'elle est née d'aujourd'hui. Il y a plus : ceux qui la discutent actuellement reprennent certaines discussions épuisées autrefois et arrivent à des découvertes dont l'inexactitude est démontrée depuis longtemps pour tous ceux qui avaient fait une étude sérieuse de cette pathologie.

Il faudrait, pour commencer, rayer de nos discussions ou modifier le mot de salpingite, que l'on emploie sans cesse. Il désigne mal la maladie à laquelle nous remédions par la laparotomie. L'inflammation isolée de la trompe est une maladie rare ; si j'ai été des premiers à vous en apporter des exemples, c'est justement que je savais ces salpingites pures peu communes, et que je voulais vous en montrer des types remarquables. Mais, sur les femmes que nous opérons par la laparotomie, il y en a dont les trompes seules sont malades ; il y en a dont la trompe est saine et l'ovaire malade. Il y en a dont la trompe et l'ovaire sont malades simultanément. Il y en a même dont ni la trompe ni l'ovaire ne sont malades. Le nom de salpingite est donc mauvais au point de vue du chirurgien, et celui de salpingo-ovarite ne serait que moins mauvais, parce qu'il n'engloberait pas toutes les lésions des annexes auxquelles nous devons remédier par la laparotomie et que fatalement nous associons dans le diagnostic et lorsque nous décidons d'opérer.

La simple constatation de la complexité des lésions que nous devons rencontrer sur les angles de l'utérus ruine une théorie à la mode destinée à donner l'explication des accidents. Cette théorie veut d'abord que ces lésions soient des salpingites, puis que, dans ces cas, l'inflammation de la muqueuse de la trompe soit le résul-

tat de la propagation directe de l'inflammation de la muqueuse de l'utérus par l'orifice de la trompe. Puis, lorsque le liquide de la trompe s'est accumulé, il passe encore par le même orifice dans l'utérus au moment des coliques de la trompe. Tout cela leur paraît bien facile.

Songez que cette théorie enfantine n'est pas autre chose que la théorie de la fièvre puerpérale, défendue par un certain nombre d'auteurs qui faisaient la théorie de la fièvre puerpérale dans leur cabinet, et dont Jules Guérin fut le plus remarquable représentant. Il n'était pas plus difficile que nos auteurs modernes sur le mécanisme, mais il allait plus loin qu'eux. Pour lui, la fièvre puerpérale naissant des matières qui s'altèrent dans l'utérus et coulent tout naturellement par l'*ostium uterinum* dans la trompe et dans le péritoine, la prophylaxie est bien simple ; on n'a qu'à pomper les matières utérines et on attire en même temps celles de la trompe, même du péritoine. Mais, dès ce temps-là, on avait démontré, par des expériences très intéressantes, que le prétendu reflux de l'utérus dans la trompe est à peu près impossible. On a montré que, très fréquemment, toute la partie supérieure de l'utérus, et même tout le corps, était absolument indemne. Enfin j'ai montré moi-même que fréquemment, à l'époque de la mort, la trompe n'avait pas de lésions, et que, lorsque la trompe était malade, les lésions étaient exclusivement localisées vers le pavillon, la portion utérine de la trompe étant toujours indemne.

La théorie en question ne tenait pas debout pour la fièvre puerpérale. Elle ne tient pas davantage pour les lésions actuelles. Il n'est pas inutile, à leur propos, de rappeler cette histoire des accidents puerpéraux, parce que les lésions des annexes, dans la grande majorité des cas, remontent aux couches et aux fausses couches.

Pour ces lésions, je suis convaincu que la pathogénie doit être la même que pour la fièvre puerpérale et les accidents péri-utérins en général, théorie que j'ai démontrée au point de la rendre vulgaire. Sans doute je n'avais pas inventé les lymphatiques de l'utérus, mais j'avais rappelé leur nombre et leur volume, perfectionné leur description et surtout montré leur rôle pathogénique. Et tout cela, tandis que M. Sappey ne prenait pas la peine de les décrire, et que Cruveilhier, qui les a merveilleusement dessinés dans son anatomie pathologique, les oubliait à peu près dans son anatomie normale.

J'ai donc donné dans ma thèse de 1870, dans mon mémoire de 1875 et dans bien des leçons, la pathogénie complète des accidents puerpéraux et des phlegmasies péri-utérines, si bien que ceux qui ont cru devoir, depuis, s'attribuer certains mérites de

cette découverte se sont annexé même le titre de mes chapitres.

Or, ici, les voies de propagation de l'inflammation, les localisations de ces inflammations sont bien celles que j'ai indiquées pour la fièvre puerpérale et pour toutes les lésions inflammatoires bénignes. En réalité, que vous supposiez la salpingo-ovarite d'origine utérine, puerpérale, opératoire ou blennorrhagique, vous retrouverez toujours les lymphatiques péri-utérins s'en allant du côté des angles de l'utérus, lymphatiques énormes, empoisonnant le réseau de l'ovaire ou celui de la trompe, ou les deux à la fois, provoquant leur inflammation et les péritonites partielles de la surface du péritoine, sous lequel ils rampent ; de là, les adhérences et la fixation des annexes.

Mais n'allez pas croire que les paquets d'annexes ainsi constitués soient le phlegmon péri-utérin ou le phlegmon du ligament large, comme l'a dit M. Routier. Il renouvelle ainsi, sous une forme un peu différente, l'erreur dans laquelle sont tombés Bernutz et tous ceux qui ont admis après lui que pelvi-péritonite et phlegmon péri-utérin n'étaient qu'une seule et même chose, et que les masses senties autour de l'utérus au début des accidents inflammatoires sont constituées par les viscères agglutinés. Cette erreur était le résultat d'une confusion due à ce que Bernutz n'avait jamais fait cette anatomie pathologique si nécessaire et jugeait la question d'après une seule et très imparfaite observation, dont beaucoup de gens parlent toujours sans l'avoir lue.

Pour abréger, je vous donne seulement ma théorie de ces accidents, en rétablissant la réalité des phénomènes cliniques. Quand on observe au début les phlegmasies péri-utérines, après l'accouchement, par exemple, on sent sur les côtés du col, assez près du doigt, des tuméfactions, des empâtements plus ou moins étendus. Ce sont eux qui ont mérité les noms variés de phlegmon péri-utérin, de périmétrite, de cellulite pelvienne, etc.

La lésion que l'on observe en ce moment est bien dans le tissu cellulaire péri-utérin. Ce tissu existe, quoi qu'on en ait dit, non seulement sur les parties latérales de l'utérus, mais en avant et en arrière du col, quoique plus rare. Mais partout c'est un tissu cellulaire séreux, peu chargé de graisse, comparable à celui du prépuce ou des paupières, par exemple. Comme celui-ci, il est susceptible d'un œdème rapide et laissant peu de traces après la mort. Aussi, lorsque le sujet vient à mourir, sauf des cas graves de puerpéralité, le tissu cellulaire est affaissé, malgré cet énorme boursouflement observé pendant la vie. Après la mort, que persiste-t-il? En cas de puerpéralité, on retrouve dans ces points des lymphatiques purulents, plus haut quelques fausses membranes et les annexes adhérents.

Ces adhérences des annexes seraient plus marquées encore plus tard, à une époque plus éloignée de l'accident péri-utérin. Ce paquet des annexes peut bien être senti, mais beaucoup plus loin du doigt que le gonflement du tissu cellulaire. On constatera bien cette tumeur plus tard, mais très différente du phlegmon péri-utérin. Bernutz confondait tout cela, de là son erreur; la tendance actuelle serait la même et l'erreur serait la même.

Quelle serait, selon moi, l'explication des faits? Au début, douleurs latérales à l'utérus, inflammation des lymphatiques d'un côté ou des deux côtés de l'utérus. Le tissu cellulaire et les ganglions des parties latérales de l'utérus constituent un véritable phlegmon, dont la tuméfaction, la chaleur, la tension sont bien senties sous le doigt. Mais en même temps les lymphatiques infectent le péritoine très voisin de l'utérus, la trompe et les ovaires, dont les lymphatiques sont en communication béante avec eux.

Si la malade succombe, on trouve les lymphatiques pleins de pus. Si les accidents sont bénins, fait commun, on trouve plus tard, au toucher, ce paquet latéral à l'utérus, assez lointain, séparé du doigt par le tissu cellulaire du ligament large, très accessible à la main qui touche à travers la paroi abdominale.

Ce sont les lésions de la trompe de l'ovaire et du péritoine que nous opérons; elles ont les premières pour origine. Salpingites et ovarites ont marché depuis cette première infection; elles en sont la conséquence et en quelque sorte les résidus; mais il ne faut pas les confondre avec la maladie primitive qui était en réalité une lymphangite péri-utérine avec cellulite pelvienne.

A priori, la première lésion que l'on observe ne peut être que celle-là. Les lymphatiques de l'utérus et des annexes sont tellement nombreux, tellement énormes, que la maladie dominante de la région ne peut être que la lymphangite. Quelquefois la lésion se dissèque si bien que l'on voit sur l'utérus, col ou corps, le point de départ de la maladie que l'on suit jusque sur les parties latérales de l'utérus. Souvent le col seul est pris, et les annexes du même côté sont malades, l'utérus étant indemne. Il y a longtemps qu'on a noté la fréquence des lésions pelviennes de gauche coïncidant avec l'extrême fréquence des déchirures du col à gauche.

Sur la trompe, même lors des accidents puerpéraux graves, on ne trouve la lésion que du côté du pavillon, mais point vers l'*ostium uterinum*. Nous retrouverons plus tard la même disposition dans la plupart des trompes que j'ai enlevées. J'ai montré que le voisinage de l'utérus était sain; une seule fois j'ai trouvé cette partie un peu dilatée.

Enfin, l'opération peut faire encore la preuve anatomique de la réalité de ce phlegmon péri-utérin. Par deux fois, j'ai eu l'occa-

sion d'ouvrir le petit bassin pour arriver sur la partie latérale de l'utérus, déchirer le tissu cellulaire induré et enrayer le développement du phlegmon, comme il arrive pour des phlegmasies cellulaires externes. Il y avait là ces symptômes que l'on voudrait rapporter aux annexes, et aucune lésion des annexes; la suite l'a démontré.

Cette lymphangite utérine est-elle l'origine unique de ces phlegmasies péri-utérines? Je ne le pense pas. On a signalé des salpingites tuberculeuses; il y a des ovarites qui sont peut-être primitives. Il y a des ovario-salpingites certainement traumatiques.

Mais les lymphangites peuvent aussi n'avoir déterminé aucune altération grave de la trompe et de l'ovaire, et, dans ces cas, la lésion est constituée seulement par des adhérences autour de l'ovaire et de la trompe saine.

Toutes ces données sont de la plus haute importance pour le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique.

Ce diagnostic est-il ce que le font certains gynécologues, précis, indiscutable? Comme le veulent quelques chirurgiens allemands, est-il indispensable de chloroformiser les malades pour y arriver?

Ce diagnostic précis, je ne l'accepte pas. Sans doute il y a des cas types où la trompe en forme de poire ou de cornemuse est facile à sentir à travers les parois abdominales, il n'est pas besoin d'endormir les sujets pour cela. Mais ce paquet complexe des annexes où l'ovaire est plus malade que la trompe, le chloroforme le fait-il analyser? Et, au cas où trompe et ovaire sont sains, enveloppés d'adhérences et douloureux avec tous les signes dits des salpingites, le toucher ne nous permet de rien préciser.

Mais en dehors du chloroforme, sauf le cas de femme vierge ou très impressionnable, il est toujours possible d'établir qu'il y a sur les parties latérales de l'utérus, sur l'angle, des paquets distincts de toute cellulite, éloignés d'ordinaire du doigt qui touche, amenant des douleurs et des accidents tels que la laparotomie seule peut guérir. Lorsque la laparotomie sera faite pour tous les cas difficiles, il sera temps de déterminer la nature exacte des lésions. C'était une nécessité opératoire qu'il fallait affirmer. Nous en avons tous les éléments sans chloroforme. Je rappelle seulement que le palper de l'excavation, bien plus que le toucher lui-même, détermine les tumeurs. Sauf les cas exceptionnels de chute en arrière, le doigt qui touche est très loin des annexes malades ou adhérentes.

D'après ce qui précède, il doit y avoir plusieurs opérations possibles pour remédier aux lésions dont je viens de parler : ablation de la trompe, ablation de l'ovaire, opération sans ablation d'organe. En réalité, les deux premiers groupes ne font qu'un; il n'y a aucun intérêt à enlever trompe sans ovaire, et réciproquement.

Cela peut avoir des inconvénients et même des dangers. Tout au plus, dans quelques cas rares, peut-on faire une opération unilatérale.

Il n'y a donc que deux groupes d'opérations : 1° ablation des annexes ; 2° détachement des adhérences autour des annexes sains, en respectant l'intégrité de l'ovaire ou de la trompe.

J'ai déjà fait un bon nombre de fois la première opération ; j'ai enlevé trompe et ovaire chez vingt et un sujets qui ont présenté les lésions suivantes :

Salpingite purulente ;

Salpingite à contenu caséeux ;

Salpingite kystique à contenu séreux ;

Salpingite à contenu muco-purulent avec hypertrophie de la muqueuse (végétante) ;

Trompes oblitérées et épaissies ;

Ovaire contenant des petits kystes très multipliés ;

Ovaire avec amas de fibrine dans un petit kyste (traumatique unilatéral) ;

Ovaire à foyers hémorrhagiques multiples ;

Ovaire induré avec parties infiltrées périphériques, véritable œdème.

Chez toutes les femmes, le phénomène douleur était remarquable et le motif de l'opération. Il arrêtait la marche, les femmes étant ordinairement courbées en avant pour se soulager. Les règles sont habituellement douloureuses, quelquefois supprimées, plus souvent augmentées. Quelquefois il y a de véritables hémorrhagies.

Plusieurs sujets ont eu des séries de fausses couches.

Quelques-unes étaient amaigries et véritablement cachectiques.

Beaucoup avaient subi cautérisation, dilatation, curage, redressements utérins, etc. Tous les efforts des gynécologues ont été épuisés, et toutes les erreurs ont été accumulées sur elles.

De ces malades je n'en perdis qu'une et je ne dirai pas comme M. Routier que c'est à la suite d'une faute opératoire. L'opération avait été difficile, salpingite purulente avec adhérences très solides, mais elle avait été bien terminée. La malade devait guérir comme les autres. Elle succomba le septième jour à des accidents nerveux réflexes, avec accidents cérébraux comme dans l'urémie, sans accidents du côté du ventre, sans vomissements et avec des rémissions qui m'avaient fait espérer. Cette mort non prévue assombrit le pronostic d'une opération dont j'aurais volontiers admis l'extrême bénignité. Elle ne représente pas cependant dans mes opérations 4 0/0 de mortalité.

Les deux tiers de ces opérations au moins ont été difficiles ; et

j'imagine que pour quelques-unes, au début de ma carrière d'ovariotomiste, je les aurais laissées inachevées; cela s'est rencontré surtout pour de petites tumeurs.

Les suites paraissent devoir être extrêmement satisfaisantes. J'imagine toutefois qu'un certain nombre de malades sont loin d'être immédiatement délivrées de leurs douleurs.

La plupart des sujets ont éprouvé un soulagement si rapide qu'il est très frappant. Chez le plus grand nombre, les règles sont totalement disparues. Chez d'autres, les règles sont revenues ordinairement irrégulières et peu abondantes. Elles ont une tendance à disparaître. Cela peut tenir à ce qu'une habitude physiologique ne disparaît pas immédiatement et à ce que dans des opérations difficiles des fragments d'ovaire sont restés en place.

La perte des ovaires n'est peut-être pas aussi indifférente que bien des auteurs ont voulu le dire. Il semble, chez quelques femmes, qu'il faille du temps pour qu'un équilibre organique se rétablisse.

En général, il n'y a aucun compte à tenir de l'objection de ceux qui regrettent de voir disparaître les organes utiles à la procréation. Si on enlève ceux-ci c'est qu'ils y sont impropres.

Mais il y a des cas où il peut être utile de ménager la trompe et l'ovaire. Dans ces paquets d'adhérences, des ovaires et trompes déviées, siège de douleurs, peuvent être parfaitement sains. N'y a-t-il pas inconvénient à les enlever; ne peut-on guérir les malades en les conservant? C'est une question que d'autres auteurs se sont posée avant moi et ont résolue comme je le fais aujourd'hui.

Je joins aux vingt et un cas de salpingite et ovarite que j'ai traités par l'ablation des annexes, quatre cas que j'ai traité par le détachement pur et simple des adhérences. Dans trois cas, cette limitation de l'opération a été purement volontaire, dans le quatrième je l'ai faite en grande partie parce qu'une autre opération devait être d'une gravité exceptionnelle. Ce ne sont pas les seules opérations où la laparotomie n'a été faite que pour la destruction d'adhérences, j'en ai d'autres dont je vous fais grâce parce qu'elles n'ont pas trait à l'histoire des salpingo-ovarites.

Les suites de mes quatre opérations ont été parfaitement heureuses. La plus ancienne, celle d'une femme O... Elise, âgée de 20 ans, opérée à Saint-Louis, le 12 mars 1888, m'a permis de détacher des adhérences très intimes de l'S iliaque et de l'ovaire. Dès le lendemain cette femme qu'aucun purgatif ne libérait fut prise d'un flux de ventre considérable. Depuis elle va parfaitement à la selle; ses règles autrefois douloureuses sont devenues faciles et sans douleur. Elle ne pouvait plus marcher; elle marche sans peine aujourd'hui. La convalescence a été plus facile, plus rapide encore qu'elle ne l'est après l'ablation des ovaires. Elle n'a naturellement

aucun des malaises que l'on observe ordinairement aux époques correspondant aux règles.

Serai-je toujours aussi heureux? Ce n'est pas certain, parce qu'il est très difficile de juger si trompe et ovaire en place sont absolument sains. Au cas où on se tromperait, on aurait toujours la ressource de faire plus tard l'opération plus grave et plus complète.

Enfin serait-il possible, chez ces femmes dont on respecte trompe et ovaires, que l'imprégnation se fît? Je ne vois pour ma part aucun obstacle absolu à la chose. En tous cas, une femme jeune restant réglée pourra conserver cet espoir tout en cessant de souffrir.

Mes résulats sont, sur 25 opérations, 1 mort, soit 4 0/0, ce qui, je l'espère n'est pas l'expression de la mortalité réelle à laquelle je dois arriver. Mes dix-neuf premiers cas avaient été opérés sans un cas de mort, j'ai perdu le vingtième. Ce qui doit le plus peut-être préoccuper le chirurgien c'est que ce cas de mort est tout inopiné; je n'y ai vu absolument que l'intensité extrême des réflexes utéro-ovariens qu'il est bien difficile de prévoir et à laquelle il est plus difficile encore de remédier.

Avant de terminer, je veux pourtant toucher à deux points de médecine opératoire qui me paraissent très importants et sur lesquelles on a, selon moi, des idées très erronées.

On se fonde sur cette théorie de la propagation de la muqueuse utérine à la muqueuse tubaire pour dire, prenez garde, si vous ne rendez pas le vagin et l'utérus aseptique, les plus grands dangers vous menacent au niveau de la section de la trompe. La septicémie péritonéale est là toute prête. Au préalable, nettoyez donc le vagin, dilatez l'utérus, curez-le au besoin, n'opérez jamais avant ces soins accomplis. Je n'ai jamais fait cela, je ne place même pas un tampon dans le vagin. Ma statistique est plus belle que celle de ceux qui ont pris ces soins et mon seul cas de mort n'a rien à voir avec la septicémie.

C'est encore en se fondant sur les mêmes erreurs qu'on vous dit, ne manquez pas de drainer, car au voisinage de ces trompes coupées, au milieu de ces adhérences détachées la septicémie est toute proche. Je n'ai jamais drainé et je continuerai à agir ainsi. Cela me réussit bien. Puis, en outre, le drainage n'est pas toujours innocent. Il y a bien par-ci par-là des cas où il laisse des fistules interminables qui constitue une nouvelle infirmité aussi pénible que celle à laquelle on devait remédier.

Je ne pratique pas les grands lavages du bassin. M. Routier vous a dit qu'il m'avait emprunté l'habitude de me servir du thermo-cautère. Je m'en sers pour les pédicules, pour certaines adhérences, pour arrêter des hémorrhagies et pour assurer la destruction de toute partie septique.

J'aurais, sans doute, sur ma pratique particulière, d'autres points à développer. Mais je sortirais du cadre que je me suis tracé. C'était de la pathogénie et des résultats opératoires que je voulais vous entretenir et je me suis même borné à vous indiquer sommairement ces derniers pour ne pas encombrer nos bulletins de mes observations.

Rapport.

Rétroflexion utérine irréductible; opération d'Olshausen (ventro-fixation de l'utérus ou hystéropexie); guérison, par M. Picqué.

Rapport par M. Pozzi.

M. le Dr Picqué a communiqué à la Société de chirurgie la relation de la première tentative faite en France depuis l'observation ancienne et un peu oubliée de Kœberlé pour guérir une rétroflexion de l'utérus en fixant l'organe aux parois de l'abdomen. Cette opération qui, sous les noms plus ou moins barbares de *ventro-fixation, gastro-hystérorrhaphie, gastro-hystéro-synaphie* (auquel M. le professeur Trélat préfère celui de *hystéropexie*), a fait récemment son apparition dans la thérapeutique chirurgicale, soulève de nombreuses questions au point de vue de sa légitimité, de son opportunité, dans les rétroversions utérines, et de son extension possible au traitement des prolapsus.

Une importante observation de M. Terrier, relative à cette dernière indication, s'ajoutant récemment à celle de M. Picqué, vient donner à la Société de chirurgie l'occasion de se prononcer sur ces divers points. Je ne crois pas dépasser les limites de mon rôle de rapporteur, en faisant suivre l'analyse du fait qui vous est soumis de rapides considérations sur un sujet encore peu connu.

Observation. — Il s'agit d'une malade de 32 ans, entrée le 2 août 1888, à l'hôpital temporaire Pascal, salle A, n° 2. Deux enfants, le dernier il y a 9 ans. Depuis 6 ans, douleurs survenant au moment de la marche, qu'elles rendent de plus en plus pénible.

Il y a 4 ans, poussée aiguë au moment des règles ; la malade garde le lit trois semaines. Depuis lors, les douleurs continuent et s'aggravent. Un pessaire est en vain appliqué en 1887, puis en 1888.

Au toucher on constate l'intégrité du col ; la palpation bi-manuelle permet de sentir et de limiter le fond de l'utérus en rétroflexion à angle très aigu. On trouve au cathétérisme 7 centimètres et demi.

L'examen de la région des annexes ne révèle rien d'anormal.

On essaie de réduire l'utérus en plaçant la malade dans la position

génu-pectorale et en exerçant des pressions directes ; on provoque de la douleur sans réduction appréciable de la déviation.

M. Picqué entreprend alors un traitement basé sur le plan suivant : Corriger la rétroversion par des séances successives de réduction avec le redresseur du professeur Trélat ; enfin fixer plus tard l'utérus réduit à l'aide de l'opération Alquié-Alexander. Nous allons voir comment il fut amené à modifier ce plan et à pratiquer la laparotomie.

La dilatation avec les bougies de Hegar permit d'introduire immédiatement le redresseur du professeur Trélat. Le mouvement de circumduction nécessaire pour redresser l'utérus était extrêmement pénible, surtout lorsqu'on exécutait les mouvements de gauche à droite. Les premières séances se firent d'abord tous les deux jours ; mais, la sensibilité de la malade s'exagérant, le chirurgien ne la fit plus que tous les trois jours.

Pendant les quinze premiers jours, les progrès de redressement furent lents, quoique sensibles. Au bout de ce temps ils s'accentuèrent davantage. Lorsque pendant les manœuvres on venait à placer un doigt dans le cul-de-sac postérieur, on sentait le col se redresser ; toutefois le fond de l'utérus sur lequel l'appareil avait moins de prise restait toujours rétrofléchi sur la portion du corps relevée, et les progrès sont restés dès lors presque stationnaires.

Avant d'aller plus loin je dois faire remarquer que les précautions les plus minutieuses de l'antisepsie avaient été observées et que la malade était restée constamment apyrétique. Antisepsie vaginale ; injections intra-utérines avant et après la séance ; maintien d'un tampon de coton iodoformé sur le col entre les séances. Je ne parle pas de toutes les précautions générales de l'antisepsie qui sont observées scrupuleusement à l'hôpital Pascal. J'ajouterai enfin que, pendant les manœuvres, le col était maintenu à la vulve à l'aide d'une pince de Museux et que l'abaissement de l'utérus se faisait avec la plus grande facilité.

Dans les premiers jours de septembre, la température, qui était restée constamment normale, monta à 38° le soir. L'introduction du redresseur le lendemain fut douloureuse ; la pression sur le fond de l'utérus était extrêmement sensible. Les séances furent suspendues pendant quelques jours et la température tomba. Sur ces entrefaites la malade voulut quitter l'hôpital le 8 septembre malgré nos conseils. Elle resta chez elle trois jours, et le 11 septembre elle rentra dans nos salles. Elle nous avoua qu'en revenant chez elle, elle se sentit souffrante, éprouva quelques frissons et fut obligée de se coucher. A son retour, elle paraissait fatiguée et ne marchait plus qu'en traînant la jambe, ce qu'elle ne faisait pas autrefois. A l'examen nous constatons que l'utérus est revenu presque à son ancienne position ; son fond est toujours très douloureux ; de plus, on trouve dans le cul-de-sac latéral gauche un empâtement formé par la trompe dilatée et douloureuse ainsi que le démontrait le toucher rectal et vaginal combinés.

Dans ces conditions, je me décidai à abandonner les tentatives de redressement ; de plus, ce retour si rapide de l'utérus à son attitude

vicieuse primitive me fit admettre une tendance considérable à la rétraction des adhérences distendues par les manœuvres mais non complètement détachées ; dès lors le raccourcissement des ligaments ne pouvait guère fournir dans ces conditions un soutien suffisant à l'utérus. Je me décidai en conséquence à pratiquer la ventro-fixation, opération qui me permettrait, en fixant l'utérus à la paroi, de détacher complètement les adhérences et d'examiner la trompe du côté gauche.

L'opération fut pratiquée le 29 septembre 1888. Jusqu'à ce moment je me bornai à pratiquer des injections intra-utérines avec une solution phéniquée à 1 0/0 et à rendre le vagin parfaitement aseptique à l'aide de tampons iodoformés.

Manuel opératoire. — Je pratiquai sur la ligne médiane, à égale distance de l'ombilic et du pubis, une incision de 6 à 7 centimètres. Rien de spécial à noter jusqu'à l'ouverture de la cavité péritonéale. Je procédai alors à l'exploration de l'utérus et de ses annexes. Il existait entre la face postérieure de l'utérus et la face correspondante du rectum, des adhérences de trois ordres : 1° au niveau du fond de l'utérus des adhérences filamenteuses reliant les deux faces opposées à la manière d'un réseau, qui furent faciles à rompre ; 2° vers le milieu de la face postérieure, des adhérences également filamenteuses mais beaucoup plus résistantes ; 3° enfin le fond du cul-de-sac était occupé par une large adhérence membraneuse reliant intimement les deux parties correspondantes de l'utérus et du rectum ; celle-ci extrêmement résistante ne céda qu'après de longs efforts.

L'utérus mobilisé, j'examinai les annexes. La trompe droite était saine, je la laissai en place. La trompe gauche au contraire était dilatée dans toute son étendue ; je l'attirai à l'extérieur avec l'ovaire, je liai le pédicule aussi près que possible de l'utérus à l'aide d'un fil de soie double et je pratiquai la résection de la trompe et de l'ovaire correspondant. Le pédicule fut cautérisé au thermo-cautère puis touché à la solution phéniquée forte, et réintégré dans la cavité abdominale.

Je me mis dès lors en demeure de pratiquer la ventro-fixation. A l'aide d'une aiguille fine munie d'un fil de soie, je passai tout d'abord un fil à travers le ligament rond du côté gauche puis à travers la paroi abdominale de façon à comprendre le péritoine, l'aponévrose et une partie de la couche musculaire. Un deuxième fil fut passé au-dessous de ce ligament de la même façon à travers le ligament large profondément, puis enfin un troisième au-dessous du deuxième.

Du côté droit, je ne plaçai que deux fils l'un à travers le ligament rond et l'autre au-dessous.

Tous les fils ayant été placés, je procédai à la ligature après avoir mis l'utérus en bonne position de façon qu'il ne fût placé ni trop près ni trop loin de la vessie. Les fils liés, je lavai à grande eau la cavité péritonéale et je plaçai derrière l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas, un sac de gaze iodoformé selon le procédé de Mikulicz, qu'a fait connaître, en France, mon maître M. Pozzi. La paroi abdominale fut fermée à l'aide de fils de soie comprenant chacun toute l'épaisseur de la paroi et placés à un centimètre l'un de l'autre.

Pansement ordinaire : gaze iodoformée, ouate hydrophile recouverte d'ouate ordinaire, le tout maintenu par un bandage compressif.

Les suites opératoires ont été simples.

Quelques vomissements le premier jour mais qui ne se sont pas renouvelés. Les lanières de gaze iodoformée sont retirées le deuxième jour, le sac iodoformé le quatrième jour.

Le 3 octobre, l'état général de la malade est excellent. Les points de suture ont été retirés le huitième jour ; quelques points ont suppuré d'où une légère désunion de la plaie à sa partie inférieure.

Le 17 octobre, jour ou j'écris cette observation, la malade est guérie mais ne s'est pas encore levée. Il reste encore une petite plaie cutanée. L'utérus est toujours placé en antéversion.

A la suite de cette observation, M. Picqué se demande jusqu'à quel point les manœuvres réitérées de réduction n'ont pas été le point de départ de la pyosalpingite chez sa malade. Il est certain que, malgré les soins qu'on peut apporter dans l'entreprise, les violences auxquelles est soumise plusieurs fois par semaine une rétroflexion très résistante, sont de nature à transformer la salpingite catarrhale, compagne si fréquente de l'endométrite, en pyosalpinx. Il y a là un danger réel, qui doit rendre assez circonspect dans l'emploi réitéré des manœuvres de réduction, pour peu que l'utérus dévié s'y montre réfractaire.

Au cours de son opération, M. Picqué a pu vérifier la présence de trois sortes d'adhérences : les unes filamenteuses, faciles à rompre ; d'autres funiculaires, plus rigides, mais qu'on pouvait encore déchirer ; d'autres, enfin, membraneuses, reliant intimement l'utérus et le rectum à travers le cul-de-sac de Douglas effacé. Quand ces dernières existent, la réduction de la déviation est certainement au-dessus des ressources des manœuvres du redressement, qu'elles soient faites avec une sonde ou en s'aidant du doigt introduit dans la cavité interne, à la manière de Schultze.

Doit-on renoncer à redresser alors l'utérus et à porter remède aux accidents qui sont la conséquence de sa déviation ? Depuis que la laparotomie est devenue par elle-même une opération bénigne, il était naturel de penser à aller directement dans le péritoine rompre les adhérences et redresser l'utérus, pour le fixer ensuite en bonne position. De là est née l'hystéropexie ou ventro-fixation.

Dans le rapide historique que je vais retracer devant vous, je n'établirai pas tout d'abord, pour plus de simplicité, les catégories nécessaires basées soit sur les circonstances où elle a été faite, soit sur la nature de la déviation à laquelle on l'a appliquée. Mais j'indiquerai ensuite soigneusement ces différences en traitant des indications opératoires. En effet, il importe de ne pas mettre sur le même rang la fixation de l'utérus faite comme complément d'une

laparotomie entreprise dans un autre but, et celle qui est accomplie de propos délibéré comme manœuvre unique, spécialement destinée à redresser la matrice, indépendamment de toute autre lésion de cet organe ou des annexes. Enfin, on doit distinguer les ventrofixations faites pour rétroversion et pour prolapsus.

Historique. — La première opération de gastro-hystérorrhaphie appartient à Kœberlé[1]. Le 27 mars 1869, dans un cas de rétroflexion donnant lieu à des symptômes d'occlusion intestinale chronique, il incisa les parois abdominales, ramena l'utérus en avant, enleva un ovaire sain et sutura le pédicule au bord inférieur de la plaie.

Schrœder[2], quelques années plus tard, ayant à donner ses soins à une malade atteinte de rétroflexion compliquée de chorée symptomatique, et présentant aussi un petit kyste de l'ovaire, vit la rétroflexion et la chorée disparaître après l'ovariotomie et la fixation du pédicule à l'abdomen.

Lawson Tait[3], le 20 février 1880, fit la laparotomie sur une femme souffrant d'une ovarite et d'une rétroflexion utérine que rien n'avait pu soulager. Il trouva les ovaires gros, mous, non kystiques, les enleva, et, en fermant la plaie abdominale, passa un point de suture à travers le *fond* de l'utérus qu'il fixa à la paroi. Une seconde opération analogue fut faite le 9 avril 1880. Les guérisons s'étaient maintenues en 1883.

Hennig[4], en 1881, fit la castration et comprit le ligament droit de l'ovaire et le ligament large gauche dans la suture des téguments contre une rétroversion rebelle.

Mais il n'y avait là que des faits isolés. Olshausen[5] a le premier systématisé l'opération dans un travail qui a été le point de départ

[1] Kœberlé. *Rétroversion de la matrice irréductible. Constipation opiniâtre suivie d'iléus. Gastrotomie et ovariotomie dans le but de fixer la matrice d'une manière permanente à la paroi abdominale. Guérison* (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1877, p. 64). — Schrœder, qui cite l'opération de Kœberlé en s'en référant à Schetelig, dit « qu'il ramena l'utérus en avant et le réunit ainsi qu'un pédicule de kyste ovarique au bord inférieur de la plaie » (*Mal. des org. génit. de la femme*, trad. franç., p. 181). C'est une erreur, il n'y avait pas de kyste ovarique, la confusion provient du mot d'*ovariotomie* employé par Kœberlé.

[2] Schrœder, *Berl. klin. Woch.*, 1878, n° 1.

[3] L. Tait, *The Pathol. and Treatm. of Diseases of the Ovaries*, 3e édit., p. 94 et 96.

[4] Hennig (de Leipzig), cité par Sænger (*Cent. f. Gyn.*, 1888, n° 2).

[5] Olshausen, *Ueber ventrale Operation bei Lage-Anomalien* (59 Naturforscher Sammlung zu Berlin, 20 septembre 1886), analysé in *Cent. f. Gyn.*, 1886, p. 667. Le travail complet a été publié sous ce titre : *Ueber ventrale Operation bei Prolapsus und Retroversio uteri.* (*Cent. f. Gyn.*, 23 octobre 1886, n° 43, p. 698).

de nombreuses tentatives. Il cite trois observations remarquables (la première seule est relative à une rétroflexion, les deux autres à un prolapsus). Il unit par plusieurs points de suture au crin de Florence (non résorbable) la partie des ligaments ronds et des ligaments larges immédiatement voisine des cornes utérines, avec la paroi abdominale, en prenant grand soin de sentir et d'éviter l'artère épigastrique. Dans un cas, il extirpa les ovaires chez la femme qui était voisine de la ménopause, mais il fait remarquer que ce complément de l'opération était purement contingent.

Dans la discussion qui, au Congrès où fut présenté la communication de Olshausen, suivit un mémoire de Fränkel [1], de nouveaux faits furent cités, les uns appartenant à Bardenheuer (rapportés par Frank), les autres à Czerny. Bientôt après, Howard A. Kelly [2], de Philadelphie, publiait avec l'analyse partielle des travaux précédents, l'observation intéressante d'une rétroflexion guérie par l'ablation d'un ovaire et la fixation du pédicule à l'abdomen. L'autre ovaire avait été extirpé quelque temps auparavant par l'incision vaginale. Kelly publiait en même temps le résumé de deux faits inédits, castration avec suture des ligaments larges à l'abdomen, par Sænger.

Celui-ci a fait paraître plus tard [3] une étude très complète sur ce sujet avec la relation de 7 cas personnels. L'étendue de cette étude a même porté à tort quelques auteurs (M. Terrier entre autres) à donner à l'opération d'Olshausen le nom d'opération de Sænger.

Klotz [4], au mois d'octobre 1887, avait auparavant communiqué à la Société gynécologique de Dresde 17 cas de fixation d'utérus rétro-fléchi à la paroi abdominale par l'intermédiaire d'un pédicule formé par la trompe et l'ovaire. Léopold [5], un mois plus tard,

[1] Séance du 20 septembre 1886 (*Cent. f. Gyn.*, 1886, p. 685).

[2] HOWARD A. KELLY, *Hysterorrhaphy* (*Amer. Journ. of Obst.*, janvier 1887, vol. XX, p. 33). — Le travail de H. Kelly a été lu devant la Société obst. de Philadelphie, le 14 novembre 1886 (*Amer. Journ. of. Obst.*, vol. XX, p. 67), mais il n'a été publié qu'en janvier 1887, après de nombreuses additions tirées du mémoire d'Olshausen, qui avait été lu publiquement le 20 septembre 1886 et publié dans le *Centralblatt* dès octobre 1886.

[3] SÆNGER, *Ueber operative Behandlung der Retro-versio-flexio Uteri* (*Cent. f. Gyn.*, 1888, n°s 2 et 3).

[4] KLOTZ, Soc. gyn. de Dresde, 6 octobre 1887 (*Cent. f. gyn.*, 1888, n° 1, p. 11, et (*in extenso*) *Berlin. klin. Woch.*, 1888, n° 4). Pour la discussion soulevée à cette occasion entre Klotz et Sænger, voir *Cent. f. Gyn.*, 1888, n° 5, et *ibid.*, n° 7.

[5] LEOPOLD, *Ueber die Annæhung der retroflekten Gebærmutter an der vorderen Bauchwand.* Communiqué à la Société de Gynécologie de Dresde, 3 novembre 1887 (*Cent. f. Gyn.*, 1888, n° 11).

présentait trois succès après fixation du fond même de l'utérus à la plaie abdominale.

M. Kelly [1], en Amérique, a fait paraître en mai 1888 un nouveau travail où il a rassemblé des faits restés inédits : 4 de P. Zweifel pour rétroflexion : (hystérorrhaphie sans castration), 1 cas de Staude pour rétroflexion : (hystérorrhaphie avec ablation d'un seul ovaire, le second n'ayant pu être extirpé à cause des adhérences).

Ces faits sont de véritables ventro-fixations. On ne peut mettre sur le même rang les opérations complémentaires faites au cours d'une autre opération. Brennecke (de Magdebourg), afait la suture de la corne droite de l'utérus à l'abdomen au cours d'une ovariotomie (en 1883) pour remédier à un prolapsus (succès). Dans un second cas, pendant une ovariotomie, suture des deux cornes utérines contre un prolapsus (insuccès) ; nouvelle opération sur la même malade : suture du pédicule (ovarique) à la paroi abdominale (1885-1886). A l'exception peut-être de cette dernière opération, ces faits n'ont rien de commun avec les hystérorrhaphies faites d'emblée et de propos délibéré. Elles sont du reste rapportées sans aucun détail et ont été communiquées de vive voix à Kelly comme de vagues souvenirs.

Werth (de Kiel), en 1887, faisant une castration pour remédier à des hémorrhagies, sutura les pédicules à la paroi, afin de guérir par la même occasion un prolapsus. En 1884, dans une autre ovariotomie pour un kyste dermoïde, Werth sutura l'utrérus rétrofléchi *au péritoine de la vessie* par des sutures de soie. Ce n'est pas là une *ventro*, mais une *vésico-fixation!* on conçoit mal l'utilité de cette manœuvre étrange.

Un cas de Weist [2], cité par Kelly, où il est dit qu'après l'ovariotomie on attacha le pédicule à l'abdomen pour guérir un prolapsus, rentre dans la classe des opérations fortuites très différentes des véritables hystérorrhaphies.

Kelly, dans le même mémoire, mentionne un fait de ventrofixation fait par L. Tait et indiqué vaguement en quelques mots par le docteur Senn dans ses *Impressions de voyage médical en Europe* [3]. Il est plus que probable qu'il s'agit d'un des cas publiés par L. Tait lui-même.

Tout récemment enfin Phillips [4] a publié un fait de ventrofixation pour prolapsus en Angleterre.

[1] H. Kelly, *Hysterorrhaphy* (*The americ. journ. of med. science*, 1888, p. 280).
[2] Weist, *Pittsburg. med. Review.*, vol. I, n° 11, p. 280.
[3] D. Senn, *Four months among the Surgeons in Europe*, p. 51.
[4] Phillips, *On ventral fixation of the uterus for intractable prolapse* (*The Lancet*, 20 octobre 1888).

Schauta [1] a mentionné quatre observations de sa pratique.

En France, MM. Terrier et Picqué ont les premiers pratiqué l'opération : Terrier au mois d'août pour le prolapsus, et Picqué, pour la rétroflexion, au mois de septembre.

Si nous décomposons maintenant les diverses séries que je viens d'énumérer pour les classer en catégories, nous trouvons :

Laparotomies entreprises spécialement pour la ventro-fixation.

Kœberlé (1877), pour rétroflexion (1 cas).

Olshausen (1886), 1 pour rétroversion, 1 pour prolapsus.

Howard.-A.-Kelly (1886), rétroflexion (1 cas).

Brennecke, 1 cas douteux après ovariotomie et première fixation insuffisante, pour prolapsus.

Klotz (1887), 17 cas pour rétroversion.

Zweiffel, 4 cas pour rétroflexion.

Staude, 1 cas pour rétroflexion.

Léopold (1887), 3 pour rétroversion.

Schauta (1888), pour rétroversion (4 cas).

Phillips (1888), 1 ventro-fixation pour prolapsus.

Terrier (août 1888), 1 ventro-fixation pour prolapsus.

Picqué (septembre 1888), 1 ventro-fixation pour rétroflexion et pyosalpingite concomitante.

Nota. — Dans cette rérie, les seules ventro-fixations pour prolapsus appartiennent : à Olshausen, 1 ; à Terrier, 1 ; à Phillips, 1. Des deux observations de Brennecke, l'une n'est qu'une manœuvre accessoire après une ovariotomie ; l'autre est douteuse, vu la manière vague dont elle est indiquée. On ne saurait donc la faire entrer en ligne de compte.

Ventro-fixation comme opération accessoire et complémentaire dans le cours d'une autre laparotomie.

Schrœder (1879), ovariotomie suivie de ventro-fixation pour rétroversion.

Lawson Tait (1880), castrations suivies de ventro-fixations pour rétroversions : 2 observations.

Hennig (1881), 1 cas.

Pozzi (1882), 1 cas (je l'ai mentionné à la Société de chirurgie après la communication récente de M. Terrier) pour prolapsus.

[1] Schauta, *Prager med. Woch.*, 1888, n° 29. Analysé *in Cent. f. Gyn.*, 1888, n° 45.

Bardenheuer, 1 cas.

Czerny, 2 cas.

Olshausen (1886), 1 cas, ovariotomie suivie de ventro-fixation pour prolapsus.

Brennecke (1883-85-86), après ovariotomie, ventro-fixation pour prolapsus, 2 cas.

Werth (1887), ventro-fixation après ovariotomie : 1 fois pour prolapsus, 1 fois pour rétroversion (suture à la vessie qui ne mérite pas le nom de ventro-fixation).

Weist, une ventro-fixation après ovariotomie (prolapsus).

Cas de L. Tait cité par Senn, douteux.

TECHNIQUE. — L'opération est encore trop nouvelle pour qu'elle soit définitivement fixée.

On peut, toutefois, distinguer trois procédés principaux :

1° *Procédé de la fixation indirecte* (Kœberlé-Klotz). — L'ovaire ou la trompe étant d'abord enlevés, le pédicule est fixé dans la paroi abdominale. Klotz attache beaucoup d'importance à l'adjonction d'un tube de verre en arrière de l'utérus jusqu'au cul-de-sac de Douglas, tube qu'on retire au bout de peu de temps et qui a pour effet de solliciter des adhérences fixatrices. Ce procédé a l'inconvénient de sacrifier l'ovaire et aussi de tordre l'utérus et de faire une réunion assez médiate ; il compte plusieurs insuccès.

L'auteur d'un récent article sur la ventro-fixation a vu à tort un procédé analogue à celui de Klotz dans une indication très brève donnée par Polk à la Société américaine de gynécologie en septembre 1887[1]. Dans un travail intitulé : *les Trompes et les Ovaires doivent-ils être sacrifiés dans tous les cas de salpingite?* Polk se borne à dire que, quand la déviation (en arrière) de l'utérus était due à l'action des annexes, « il a essayé deux fois, après avoir détaché les adhérences, d'y porter remède par la simple action d'un tube à drainage ; mais il a eu des résultats inférieurs à ceux qu'il a obtenus ensuite par l'opération d'Alexander pour les mêmes cas ». Il n'y a donc eu là aucune *fixation* de l'utérus, mais un simple *redressement*, tandis que Klotz *suture* avec soin un pédicule ovarique ou même la trompe.

2° *Procédé de la fixation directe du corps utérin* (Olshausen-Sænger). — Les sutures sont faites de chaque côté, non sur le fond, mais sur les limites de l'utérus, au niveau de ses bords, à

[1] POLK, *Americ. Journal of Obstetrics*, vol. XX, p. 1045.

l'aide de crin de Florence (*fig.* 1 et 2). On en fait trois de chaque côté; on a soin de ne comprendre dans la suture que le feuillet séreux antérieur, de ne pas piquer la trompe ou l'artère épigas-

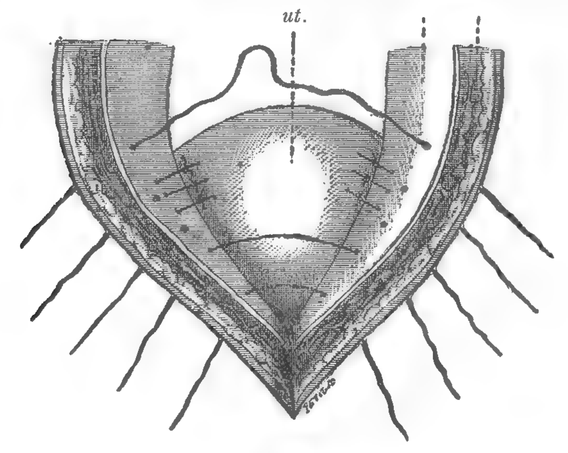


Fig. 1.
Opération de ventro-fixation de l'utérus (procédé de Sænger), vue de face.

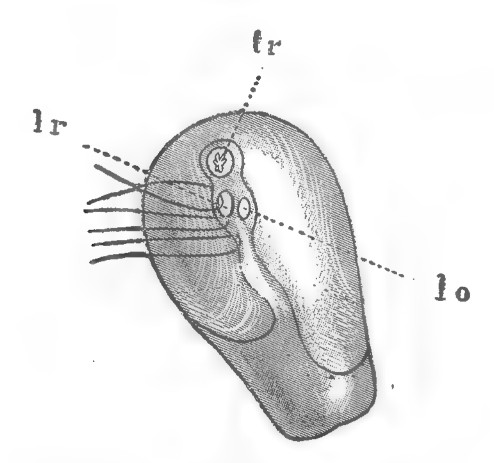


Fig. 2.
Opération de ventro-fixation de l'utérus (procédé de Sænger), vue latérale de l'utérus. — *tr*, trompe; *lr*, ligament rond; *lo*, ligament de l'ovaire.

trique. Ce procédé offre l'inconvénient de ménager une sorte de fente ou de boutonnière, entre l'utérus et la paroi abdominale, qui peut offrir des dangers d'étranglement interne.

3° *Procédé de la fixation directe du corps utérin* (procédé de Léopold, dont on peut trouver l'origine éloignée dans la technique

de L. Tait et de Czerny). — C'est celui qui me paraît préférable; c'est aussi à un procédé analogue que s'est adressé M. Terrier.

Léopold fixe le fond même de l'utérus à la paroi abdominale. Le ventre ayant été ouvert, et l'utérus étant redressé avec rupture des adhérences, s'il est nécessaire, on traverse la paroi abdominale d'avant en arrière, un peu en dehors des bords de la plaie, au niveau du fond de l'organe, avec une forte aiguille munie d'un fil de soie. On pénètre dans l'épaisseur du tissu utérin à la partie la plus élevée de la face antérieure de l'utérus sur la ligne qui réunit l'insertion des deux ligaments ronds; l'aiguille chemine sous la séreuse et la couche superficielle du tissu musculaire dans une étendue de 1 centimètre, puis elle pénètre de nouveau, et cette fois-ci d'arrière en avant, dans la paroi abdominale sur l'autre

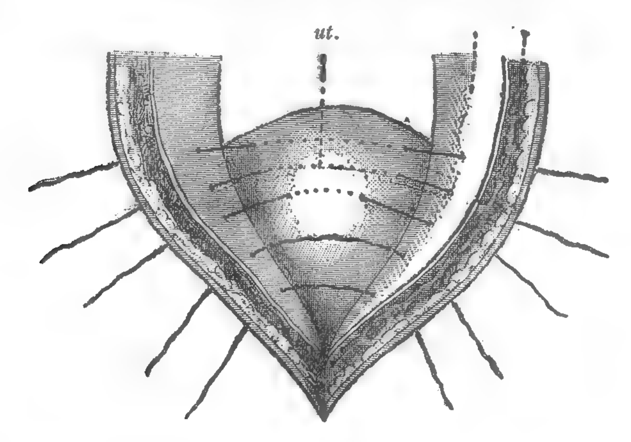


Fig. 3.

Opération de ventro-fixation de l'utérus (procédé de Léopold), vue de face.

lèvre de la plaie. On place une seconde suture au-dessus, sur la ligne transversale qui réunit les insertions tubaires dans une largeur de 2 centimètres, et une troisième un peu au-dessus encore, de la même manière (*fig.* 3).

Pour rendre plus facile l'adhérence à ce niveau, Léopold gratte légèrement, avec le dos du bistouri, la surface du revêtement péritonéal de l'utérus dans l'espace que circonscrivent ces sutures, de manière à faire un avivement superficiel non sanglant qui enlève simplement l'épithélium. Puis il réunit les lèvres de la plaie abdominale à ce niveau, serre et noue ces trois sutures de telle sorte que la face antérieure de l'utérus s'applique exactement en ce point au péritoine pariétal. On procède ensuite à la réunion du reste de la plaie, au-dessous et au-dessus. Les sutures de l'utérus seront enlevées au bout de douze à quinze jours. Il est bon de

placer un pessaire de Hodge pendant un mois pour maintenir la bonne position acquise.

Je laisse de côté certaines questions secondaires de technique, sur lesquelles les chirurgiens ne sont pas d'accord. Faut-il employer un fil de suture difficilement résorbable (soie ou crin de Florence), comme Léopold, Olshausen, Sænger, Phillips; ou du fil d'argent, comme Olshausen le propose pour plus de solidité dans les cas de prolapsus; ou du gros catgut résorbable, comme M. Terrier? Faut-il placer immédiatement après l'opération un pessaire de Hodge (Léopold), faire le tamponnement du vagin, quand il s'agit d'une rétroversion (Sænger), ou maintenir la malade dans un lit incliné vers la tête pour éviter la pression intestinale quand on a opéré pour un prolapsus (Phillips)? Faut-il faire des sutures perdues ou des sutures qu'on retire au douzième jour?

Ce sont là des points de détails que je ne saurais discuter ici.

Je mentionne ici, à titre de simple curiosité, la pratique de Wylie [1], chirurgien américain, qui, après la libération de l'utérus par la laparotomie, a pratiqué le raccourcissement des ligaments ronds en leur faisant un pli assujetti par des sutures. Il prétend avoir eu ainsi cinq succès.

Pronostic de l'opération. — D'après les résultats publiés jusqu'ici, l'opération n'a pas donné un seul cas de mort; elle n'offre pas plus de gravité qu'une laparotomie non compliquée, laquelle actuellement constitue une opération bénigne. Il n'est pas douteux cependant qu'elle pourra être parfois aggravée par des déchirures intra-abdominales assez étendues (comme dans un cas de Klotz) lorsque l'on aura à libérer de fortes adhérences de l'utérus, en particulier des adhérences en surface, au rectum. C'est dans ces cas-là seulement qu'un drainage sera rationnel.

Les guérisons paraissent durables : Léopold a pu les constater après quatorze mois, et Korn [2] au bout de seize mois (il s'agit de rétroversions). Olshausen a toutefois eu un insuccès éclatant après une ventro-fixation pour prolapsus. Sænger [3] a présenté deux de ses malades au dernier Congrès de gynécologie de Halle, mai 1888. Chez l'une d'elles, opérée seulement depuis trois mois, la rétroflexion avait déjà une tendance à se reproduire.

Une question qu'il serait très important de résoudre autrement que par des considérations théoriques, c'est l'influence que pour-

[1] Wylie, Pittsburg med. Review (cité par M. A. Bunde *Amer Journ. of Obst.* décembre 1888).

[2] Korn, *Cent. f. Gyn.*, 1888, p. 11. (Soc. gyn. de Dresde.)

[3] Sænger, *Verhandlungen der deutsch. Ges. f. Gyn.*, 2e Kongress, 1888, p. 110.

rait avoir la grossesse sur la position de l'utérus suturé à l'abdomen. Les adhérences seraient-elles détruites? La grossesse seraitelle entravée par la gêne apportée au développement de l'utérus, ou bien celui-ci pourrait-il se faire librement en dehors et au-dessus du point très limité où l'organe est immobilisé? Une des raisons pour lesquelles Olshausen, Sænger, etc., ont adopté la suture des bords et non de la face antérieure de l'organe, semble être précisément la crainte de gêner son développement durant la gestation. Mais leur procédé assure une adhérence moins efficace, et de plus la fente qu'il laisse subsister entre l'utérus et la vessie constitue, malgré toutes les précautions opératoires, une boutonnière dangereuse au point de vue de l'étranglement interne.

Indications de l'hystéropexie dans les cas de rétroversion et rétroflexion. — Doit-on, avec Sænger et Léopold, confiants dans l'innocuité absolue de la laparotomie antiseptique, la pratiquer même pour des cas de *retroversio mobilis*, c'est-à-dire réductible, lorsque le pessaire convenable, recherché avec persévérance de la part du médecin et patience de la part de la malade, ne peut les maintenir et que les accidents persistent? C'est là, me semble-t-il, une faute. Le raccourcissement des ligaments ronds offre une ressource trop précieuse, ainsi que M. le professeur Trélat[1] le rappelait récemment, pour être en pareil cas négligée. A la vérité, dans une de ses observations (la septième), Sænger a bien essayé, d'abord sans succès, l'opération d'Alexander. Mais, dans une autre observation (la sixième), il s'est décidé d'emblée à la laparotomie, sans avoir, au préalable, tenté de maintenir l'utérus par le raccourcissement des ligaments ronds. Même remarque pour la première opération de Léopold. Il y a là un abus contre lequel on doit, me semble-t-il, protester. Quand deux opérations sont susceptibles d'obtenir les mêmes résultats, il ne faut se résoudre à la plus grave qu'après avoir tenté vainement la plus bénigne, *actum minoris periculi*. Or, malgré le progrès de la chirurgie abdominale, on ne saurait prétendre que l'ouverture du péritoine et la suture de l'utérus n'exposent pas plus la vie des malades qu'une incision superficielle et la suture des ligaments ronds raccourcis.

Mais, si nous repoussons comme une exagération l'hystéropexie faite d'emblée pour une rétroversion mobile et incoercible par le pessaire, avant d'avoir fait l'essai de l'opération d'Alexander, nous la croyons légitime quand cette première ressource aura échoué. Elle est plus rationnelle, plus sûre et moins périlleuse que les opé-

[1] U. Trélat, *Des rétroversions et des rétroflexions adhérentes* (*Semaine médicale*, 4 juillet 1888).

rations tout au moins bizarres proposées par Caneva, Schücking (de Pyrmont), von Rabenau, etc. Elle est, on en conviendra, préférable à l'extirpation de l'organe par le vagin, — qui a été parfois faite un peu rapidement peut-être contre de simples hystéralgies avec déviations, soit en arrière, soit en avant [1].

Enfin, l'indication principale de l'hystéropexie me paraît résider dans les cas de rétroflexions irréductibles, où des fausses membranes et des adhérences, qu'on n'a pu vaincre sous le chloroforme, ramènent toujours le fond de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas, parfois après une fausse réduction où l'organe ne s'est déplacé qu'en entraînant avec lui la paroi antérieure du rectum. Quand, dans une première séance d'épreuve sous l'anesthésie, on s'est convaincu de l'irréductibilité par les manœuvres externes, par l'emploi de la sonde ou du redresseur; quand, dans une seconde séance, après une dilatation de l'utérus, on s'est aussi assuré que le doigt introduit directement dans la matrice, comme le conseille Schultze, ne peut en effectuer le redressement, — dans ces cas-là on n'a que deux partis à prendre : ou s'abstenir de nouvelles tentatives, qui n'auraient pour effet que d'exposer la malade à des accidents sérieux du côté des annexes et du péritoine pelvien, et se borner alors à un traitement palliatif dirigé contre les symptômes; ou bien, si l'intensité des phénomènes morbides le réclame, recourir à la laparotomie pour libérer, puis fixer l'utérus. Il n'est pas inutile de rappeler, à ce sujet, que les désordres nerveux provoqués par une simple rétroversion sont parfois assez sérieux pour que de nombreuses castrations (opérations de Battey), aient été faites sans indication plus formelle. C'est à ce point de vue qu'on peut dire avec Sænger, que, dans beaucoup d'occasions, la ventrofixation est appelée à devenir une opération conservatrice.

En outre, par *l'incision exploratrice* qu'elle entraîne nécessairement, elle permet de s'assurer, avec une précision très grande, de l'état des trompes et des ovaires, et, comme dans le cas de Phillips, de porter remède à une lésion de ces organes qu'on n'avait pas soupçonnée avant l'opération.

Il est, à ce propos, important d'observer que la laparotomie n'agit pas seulement en redressant et en fixant l'organe ; la destruction des adhérences et des brides, même lâches, qui entourent soit l'utérus, soit ses annexes, alors même qu'elle n'aurait pas pour résultat la cure immédiate de la rétroflexion, serait par elle-même très efficace pour l'amélioration de l'état des malades, ainsi que Polk l'a très judicieusement remarqué.

Je n'ai eu en vue jusqu'ici que l'hystéropexie faite comme opé-

[1] Vrobleski, *Union médicale*, 18 octobre 1888.

ration principale, et d'emblée, pour la rétroversion. Il va sans dire que, si celle-ci est discutable, il n'en est pas de même de l'hystéropexie secondaire, qu'on pourrait presque appeler complémentaire. Lorsqu'au cours d'une laparotomie faite pour une autre lésion, corps fibreux, kyste de l'ovaire, inflammation des annexes, etc., on trouve l'utérus dévié en arrière, il est tout indiqué de profiter de l'occasion, pour ainsi dire, pour le redresser. Si l'on a à sa disposition un pédicule, on pourra l'insérer dans la plaie abdominale et l'y suturer. Je crois, toutefois, qu'il sera bon de ne pas s'en tenir là, et de passer un ou deux points de suture sous la couche la plus superficielle du fond de l'utérus pour assurer la bonne position de l'organe.

Indications de l'hystéropexie dans les cas de prolapsus utérin. — Il faut d'abord faire une distinction. Ce n'est pas contre tous les prolapsus génitaux, mais seulement contre la chute de l'utérus lui-même que peut agir la ventro-fixation. L'issue, au travers de la vulve des parois vaginales relâchées en cystocèle ou rectocèle ne saurait être justiciable de la fixation de la matrice, si cette dernière n'est pas descendue ; la hernie ne serait qu'incomplètement corrigée par la seule ventro-fixation, alors même qu'il s'agirait d'un prolapsus à la fois utérin et vaginal, pour peu qu'il fût invétéré, accompagné d'une distension considérable de la muqueuse vaginale et d'une hypertrophie sus-vaginale du col. Au point de vue théorique comme au point de vue pratique, l'hystéropexie ne peut être une opération suffisante par elle-même que dans des cas relativement rares où l'utérus, non augmenté de volume, forme seul le prolapsus. Dans tous les autres cas, une opération complémentaire portant soit sur le col, soit sur le vagin et le périnée, sera nécessaire : amputation conoïde de Huguier ou biconique de Simon, élytrorrhaphie antérieure et postérieure, colpopérinéorrhaphie d'après les procédés variés, cloisonnement de Le Fort, etc.

A ce point de vue donc, la ventro-fixation n'a aucune supériorité sur l'opération d'Alexander qui, elle aussi, ne peut que rarement suffire, dans ces cas complexes, mais n'en constitue pas moins un très précieux auxiliaire.

C'est donc véritablement entre le raccourcissement des ligaments ronds et la ventro-fixation qu'il faut établir un parallèle, tant au point de vue de la *gravité* que de l'*efficacité*.

Sur le premier point, il est inutile de s'appesantir; cette considération ne résout pas la question assurément, mais elle impose à tout chirurgien le devoir de ne recourir au procédé le plus grave qu'après avoir tenté le plus bénin.

Reste le point de vue de l'efficacité. Les éléments de jugement

basés sur l'expérience nous font défaut pour nous prononcer ici sur l'hystéropexie pour prolapsus. Les opérations sont trop rares et trop récentes. La première opérée de Olshausen [1] a vu son infirmité reparaître très vite; il est vrai que les sutures ne paraissent pas avoir été suffisantes (deux points de suture au fil de Florence sur l'insertion de chaque ligament rond). Une seconde opérée du même auteur, où la fixation a été faite dans le cours d'une ovariotomie, était, en 1886, guérie depuis un an et demi. Chez la malade de Phillips, la guérison s'était maintenue depuis six mois au moment de la publication de l'observation. Là encore, c'est le pédicule d'un ovaire enlevé qui avait été fixé. Je ne parle pas des observations de Brennecke, trop incomplètes pour faire foi. L'avenir nous dira ce qui adviendra de l'opération de M. Terrier.

Chose remarquable : dans le cas où un pédicule ovarique a été simplement inséré dans la plaie abdominale après l'ovariotomie, on a pu obtenir des guérisons durables de prolapsus simples. Tel est le cas qui m'est personnel où la guérison s'est maintenue depuis plus de six ans; *il n'y avait pas d'allongement hypertrophique du col ni de relâchement du vagin.*

D'autre part, s'il existe une grande hypertrophie du col et un prolapsus du vagin, on aura beau fixer l'utérus, et même l'enlever, on verra le prolapsus vaginal se reproduire avec tous ses inconvénients. C'est ce qui est déjà arrivé à des chirurgiens qui avaient fait l'hystérectomie vaginale. C'est aussi le résultat déplorable obtenu par Müller (de Berne) à la suite d'une opération formidable (hystérectomie sus-vaginale avec fixation du pédicule dans la plaie de l'abdomen). Cet auteur n'a pas pratiqué moins de trois fois une pareille opération pour le prolapsus. Dans un cas, les suites nous sont connues grâce à leur publication par M. le Dr J. Rendu [2] dans le *Lyon médical*, en 1880, sous ce titre : *Énorme prolapsus utérin; laparotomie suivie de l'amputation de la partie supérieure de l'utérus et de la fixation du moignon dans la plaie abdominale; récidive.*

Une femme de trente-huit ans, ayant eu un enfant, était affligée d'un prolapsus complet de la matrice. Müller avait déjà pratiqué, en décembre 1878, la colpopérinéorraphie suivant la méthode de Bischoff, mais sans résultat. Le 16 juin 1879, ayant ouvert l'abdomen en faisant sur la ligne blanche une incision de 4 à 5 centimètres, il avait, à l'aide d'une sonde introduite dans l'utérus, porté cet organe jusque dans la plaie; puis, plaçant un clamp sur l'utérus, il en avait excisé la partie

[1] Olshausen, *Cent. f. Gyn.*, 1886, p. 700.

[2] J. Rendu, Notes sur quelques voyages à l'étranger au point de vue de l'obstétrique et de la gynécologie (*Lyon médical*, 1880).

supérieure et fixé le reste entre les lèvres de la plaie abdominale. La malade, guérie, s'était levée le 16 juillet.

Au passage à Berne du Dr Rendu (novembre de la même année), les règles de l'opérée étaient revenues deux fois, sous la forme d'un suintement sanguin, par la vulve et par la cicatrice abdominale. Celle-ci était très profondément déprimée, ou plutôt elle se trouvait au fond d'un infundibulum étroit, formé par les parois de l'abdomen. Le prolapsus utérin s'était reproduit à peu près comme auparavant. Le col dépassait la vulve de 7 centimètres environ ; ses lèvres étaient grosses, tuméfiées, et sa cavité laissait pénétrer la première phalange de l'index.

Ce fait prouve bien, me semble-t-il, ce que je disais en commençant : c'est qu'il ne suffit pas de soutenir l'utérus (même réduit à un moignon) *par en haut,* lorsque l'hypertrophie du col et le prolapsus vaginal l'attirent constamment *par en bas;* l'hystéropexie, comme l'opération d'Alexander (en dehors des cas exceptionnels de prolapsus utérin simple), devra donc alors, à mon avis, être toujours combinée avec une opération complémentaire, faite sur le col, le vagin ou le périnée, si l'on veut en obtenir des résultats durables.

Discussion.

M. Terrier. La discussion du travail de M. Pozzi viendra sans doute plus tard, lorsque nous en aurons fini avec celle des salpingites. Je veux seulement dire aujourd'hui que j'ai, le 13 mars dernier, à l'hôpital Bichat, fait une hystérorraphie pour rétroversion de l'utérus.

M. Pozzi. L'observation a-t-elle été publiée ?

M. Terrier. Non, aussi ne fais-je aucun reproche à M. Pozzi. L'observation sera publiée ainsi qu'une autre relatant une seconde opération semblable faite depuis.

Présentation de malade.

Déviation du gros orteil. Résection articilaire.

M. Monod présente un des malades dont il a parlé dans une séance précédente, auquel il a pratiqué la résection de l'extrémité antérieure du premier métatarsien pour déviation en dehors du gros orteil. L'opération a été faite aux deux pieds. Le résultat est bon. M. Monod fait remarquer qu'il est un peu meilleur du côté gauche, où la section de l'os a été transversale, et où, par conséquent, l'ablation de la tête

du métatarsien a été totale; que, du côté droit, où il s'est contenté d'une section oblique, enlevant seulement la partie saillante en dedans de l'os.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,
CH. MONOD.

Séance du 12 décembre 1888.

Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Medico-Chirurgical Transactions*, tome LXXI, 1888 ;

3° *Contribution à l'étude du traitement des tumeurs blanches*, par le Dr DUPIN (de Toulouse), chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu ;

4° *Pyo-salpingite avec perforation de la vessie, suture vésicale après laparotomie*, par le professeur A. REVERDIN (de Genève), membre correspondant ;

6° *Pleurésie purulente, opération d'Estlander*, par le Dr CHARVOT, médecin-major (Commissaire : M. Chauvel) ;

6° *Salpingites et ovarites*, par M. le Dr MONPROFIT, interne lauréat des hôpitaux ;

7° *Anévrysme de l'artère sous-clavière. Guérison par les courants continus*, par M. F. VALLADARES. (Commissaire : M. Nélaton);

8° *De la Colotomie iliaque en deux temps*, par le Dr JEANNEL (de Toulouse) (Commissaire : M RECLUS) ;

9° *Sur six cas d'extirpation des annexes de l'utérus pour salpingo-ovarite*, par le Dr JEANNEL (de Toulouse) (Commissaire : M. Terrillon) ;

10° *Hernie crurale, gangrène du sac et de l'anse, résection, suture, guérison*, par le Dr Martinet (de Sainte-Foix) (Commissaire : M. Th. Anger) ;

Suite de la discussion sur la pathogénie et le traitement des salpingites.

M. Quénu [1]. — En me faisant inscrire pour la discussion qu'a soulevée la communication de M. Routier sur le traitement des salpingites, je comptais rester dans le domaine de la clinique et j'apportais à l'actif de la laparotomie mon faible contingent d'observations. M. L. Championnière qui m'a précédé a de beaucoup élargi le débat ; il a cherché à nous convaincre que les idées qui ont cours aujourd'hui sur la pathogénie des inflammations pelviennes en général sont absolument fausses, enfantines même, et il a voulu nous ramener à une théorie qui lui est spécialement chère, la théorie de la lymphangite primitive à point de départ utérin, occasionnant secondairement toutes les lésions anatomiques qu'on a constatées soit à l'autopsie soit au cours d'une opération abdominale. La pathogénie que M. L. Championnière malmène est celle qui admet la transmission de proche en proche, jusqu'aux trompes et au delà, d'une inflammation quelconque partie de la muqueuse utérine. M. L. Championnière me paraît avoir plutôt fait une profession de foi théorique qu'une véritable et rigoureuse démonstration de sa thèse.

J'élimine de suite, sans m'y arrêter, l'argument tiré de la bilatéralité fréquente de la lésion, il n'est pas plus en faveur d'une théorie que de l'autre. M. Championnière est bien obligé de souscrire à l'existence de la salpingite, il vous en a lui-même présenté des pièces fort intéressantes; mais ces salpingites, dit-il, sont consécutives à la lymphangite utérine. Voilà ce que je vais discuter :

En premier lieu, votre théorie vous obligerait à bannir de l'étiologie de la salpingite, toutes les altérations du col de l'utérus. En effet, les lymphatiques émanés du col de l'utérus n'ont aucune connexion avec les ligaments larges, ils s'engagent tout de suite dans l'épaisseur des ligaments utéro-sacrés pour se terminer dans les ganglions qu'on voit au devant du sacrum entre le rectum et l'artère iliaque interne, et quant au troncule qui se jette dans le ganglion inconstant qu'on trouve à l'union du col et du vagin, il n'a, pas plus que les autres, de rapports de voisinage avec l'ovi-

[1] Onze observations de salpingites. Traitement sans opération dans 5 cas ; 5 améliorations ou guérisons. Dans 6 cas, intervention dont 6 laparotomies ; 6 guérisons.

ducte. Examinons maintenant la voie que devrait suivre une lymphangite partie du corps de l'utérus pour gagner la trompe. J'ai relu les descriptions des anatomistes et regardé leurs planches; j'ai examiné des pièces fraîches de lymphatiques utérins injectés par M. Poirier : or les gros troncs lymphatiques utérins passent non pas contre la trompe, mais à distance, en suivant le bord inférieur de l'aileron moyen. Un seul tronc, d'après Sappey, s'engage dans cet aileron, on ne sait si ce vaisseau unique reçoit des lymphatiques de la trompe, car ceux-ci n'ont jamais pu être injectés qu'aux deux extrémités, et spécialement sur le pavillon dont les lymphatiques se joignent au plexus sous-ovarique.

Mais je veux bien admettre que cet unique lymphatique de l'aileron moyen, venu de l'utérus, reçoive quelques afférents de la trompe, ce qui est une hypothèse. Pour expliquer une lymphangite tubaire à point de départ utérin, il faudrait faire suivre à l'inflammation septique un trajet rétrograde depuis l'aileron moyen jusqu'à la trompe, cela est à la rigueur possible. Mais, même ainsi conduite à la trompe par une voie unique et détournée, cette lymphangite ne nous donnerait en aucune façon la clef des lésions tubaires. On devrait en effet, s'il s'agissait de suppurations péri-lymphangitiques trouver des abcès dans l'aileron moyen, ou dans l'épaisseur de la paroi salpingienne, de même que, dans les lymphangites des muqueuses ou de la peau, on trouve de petits abcès autour des troncules lymphatiques sous le derme ou dans son épaisseur. Or ici le pus siège dans la cavité de la trompe, bien plus il s'y est formé primitivement, car on ne trouve pas traces d'effraction du côté de la muqueuse dont l'épithélium est en grande partie conservé. Je conclus en disant, que la théorie de la lymphangite utérine primitive ne nous explique en aucune façon la pathogénie de la salpingite.

J'arrive à la seconde théorie, celle de la transmission de proche en proche de l'inflammation. Cette théorie est-elle donc en contradiction avec les enseignements de la pathologie générale? Bien au contraire, et ce mode de propagation des inflammations est un fait des plus banals, observé sur toutes les muqueuses : on a cité bien souvent la cystite conduisant à la néphrite par l'uretère, l'uréthrite menant à l'épididymite par le canal déférent, comme l'angine conduit à l'otite moyenne par la trompe d'Eustache. Pourquoi les muqueuses tubaire et utérine échapperaient-elles à cette loi de la continuité inflammatoire, alors que ces deux organes ont la même structure, alors qu'ils ont la même origine embryogénique, alors aussi que vous retrouverez dans leurs muqueuses des lésions comparables, la salpingite catarrhale végétant et saignant tout comme l'endométrite dont elle n'est qu'une continuation et une émanation.

J'ajoute que la pénétration directe des éléments septiques de l'utérus dans la trompe est plus qu'un fait possible et probable, c'est un fait démontré, car, dans des cas de salpingite blennorrhagique, Nœggerath, Westermark et Orthmann, cités par Cornil et Terrillon dans leur mémoire des Archives de physiologie, ont trouvé les gonocoques de Neisser dans le pus des abcès intra-tubaires.

Je conclus donc, avec MM. Cornil et Terrillon, et je pense, avec la majorité des pathologistes, que l'inflammation salpingitique n'est qu'une inflammation utérine directement propagée, que cette propagation se fasse dans la trame même de la muqueuse, ou qu'elle ait lieu à sa surface sous forme d'inoculations successives. Je conçois très bien du reste qu'une fois la contagion accomplie, certaines portions de la muqueuse tubaire recouvrent à la longue leur intégrité réelle ou apparente. Encore faudrait-il qu'un examen histologique de ces parties intermédiaires, réputées saines, eût été pratiqué. M. L. Championnière n'en a fait aucune mention.

Il y a néanmoins un point de pathogénie sur lequel je consentirais à faire quelques concessions à M. Championnière ; notre collègue insiste avec raison sur la fréquence de l'ovarite dans la salpingite, peut-être faut-il ici faire entrer en ligne de compte les vaisseaux lymphatiques. Autant en effet je m'explique facilement la continuité inflammatoire de l'utérus à la trompe, autant je conçois peu la propagation directe d'une inflammation tubaire au parenchyme ovarique ; qu'une salpingite arrivée au pavillon crée une péritonite ou une périovarite, cela est tout simple, mais un abcès de l'ovaire se comprend moins : il me paraît bien plus probable que l'infection est conduite de la trompe à l'ovaire par ces vaisseaux lymphatiques qui émanent du pavillon, suivent le ligament latéral externe de l'ovaire, et se jettent dans ce vaste confluent lymphatique qu'on appelle le plexus sous-ovarique. On n'aurait ainsi nulle difficulté à comprendre qu'un abcès de l'ovaire s'observe avec des lésions relativement minimes de l'oviducte.

J'arrive au côté clinique de la question.

Après avoir présenté l'histoire de ses dix malades traitées par la laparotomie et exposé quelques remarques sur les incidents opératoires, M. Routier terminait sa communication en disant que la laparotomie doit être proposée à toute femme qui présente des douleurs abdominales, et chez lesquelles on constate une tuméfaction de la région péri-utérine durant *depuis un certain temps*.

Je me déclare très partisan de la laparotomie dans le traitement de la salpingite en général, néanmoins je crois devoir m'élever contre le vague de ces conclusions qui pourraient laisser croire que toute inflammation des annexes est justiciable à bref délai d'une ouverture du ventre. J'ai vu un assez bon nombre de salpin-

gites depuis deux ans, j'ai plus spécialement suivi onze malades, dont neuf ont été observées à l'hôpital Bichat dans le service de M. Terrier. Sur ces onze malades, six seulement m'ont paru mériter une intervention chirurgicale : chez cinq d'entre elles, j'ai fait la laparotomie ; chez la sixième, dont l'histoire est rapportée dans la thèse de M. Monprofit, je me suis contenté d'ouvrir une poche purulente renfermant la trompe et l'ovaire ; j'ai nettoyé ces organes sans les enlever ; la malade a parfaitement guéri, et je l'ai revue au bout de vingt mois dans un état de santé parfaite.

Les cinq malades non opérées ont été traitées par le repos et les injections chaudes de sublimé. Les accidents remontaient chez elles à six mois, à trois mois, à deux mois et demi, à deux mois et à trois semaines ; ils étaient d'origine blennorrhagique dans un cas, d'origine puerpérale dans les quatre autres. Quatre malades ont retiré du traitement non opératoire une amélioration si rapide, les symptômes et l'état local se sont tellement modifiés, qu'on peut en augurer, sinon que la guérison sera définitive, du moins qu'on eût été en droit de l'espérer, si les malades avaient consenti à prolonger leur traitement et à laisser soigner consécutivement leur utérus malade.

La cinquième femme non opérée a été revue deux ans après le début de sa salpingite ; sa santé était excellente, il ne lui est resté de sa maladie qu'une petite corde appréciable au palper abdominal et partant de l'angle utérin.

Cette dernière malade, dont la guérison s'était maintenue parfaite au bout de deux ans, est justement celle qui avait été vue par moi à la période la plus rapprochée du début des accidents. Il est évident qu'on a d'autant plus de chances d'obtenir la guérison sans opération, qu'on se trouve plus près du moment où l'infection s'est produite, mais il me paraît difficile d'établir des règles d'intervention uniquement d'après un nombre de semaines ou de mois donné. J'ajouterai à cette notion d'époque dont parlait M. Routier, qu'avant de se décider à ouvrir le ventre et à enlever les annexes, on devra avoir épuisé d'autres moyens thérapeutiques, sans constater aucune amélioration, ni dans l'état local, ni dans les souffrances endurées par la patiente. Certaines formes semblent réclamer une intervention plus précoce, on risque en trop tardant de laisser s'établir une sorte d'inflammation diffuse du petit bassin qui rende l'ablation des annexes extrêmement difficile ou même impossible. Mon expérience personnelle est insuffisante pour indiquer quelles sont ces formes, et quelles sont, au contraire, celles qui permettent de temporiser ; mais je pense que la question mérite d'être remise à l'étude, et que là est véritablement le point obscur et difficile dans l'histoire de la salpingite.

Au point de vue purement chirurgical, j'apporte cinq observations de salpingites traitées par la laparotomie : ces cinq opérations ont été faites dans le service de M. Terrier, une avec l'aide de MM. Terrier et Berger, une avec l'aide de M. Terrier, trois avec l'aide de M. Hartmann.

J'ai eu cinq succès opératoires. L'affection datait de huit ans, de cinq ans, de deux ans, de vingt mois et de quinze mois. Dans quatre cas j'ai enlevé les organes malades. Dans un cas ne datant que de deux ans, non seulement je n'ai rien enlevé du tout, mais je n'ai même pas trouvé les ovaires et les trompes ni d'un côté ni de l'autre, j'ai dû me contenter d'ouvrir un abcès rétro-utérin et d'en faire le drainage : la malade est encore dans le service de M. Terrier ; toute suppuration est tarie, il n'existe plus aucune fièvre depuis longtemps, mais l'inappétence persiste ainsi que quelques douleurs intermittentes dans la fosse iliaque gauche. Le palper combiné au toucher et pratiqué sous le chloroforme ne fait reconnaître aucune tumeur dans le petit bassin, mais seulement une sorte de plaque diffuse et dure. Les quatre autres malades ont quitté l'hôpital complètement guéries et débarrassées de leurs douleurs. Deux d'entre elles ont été revues au bout de six mois.

Dans aucune de ces opérations et dans aucune de celles auxquelles j'ai assisté, je n'ai vu que l'hémorrhagie immédiate fût considérable et créât de sérieuses difficultés. Aussi je ne conçois pas bien les avantages d'une section du pédicule au thermocautère : c'est peut-être courir une fois de plus les risques de s'infecter les mains en tenant un instrument qui n'a pu être stérilisé et suffisamment nettoyé. D'autre part, l'usage des ligatures en chaînes avec de la soie tressée plate nous donne assez de garanties contre l'hémorrhagie secondaire, pour que la section du pédicule avec un instrument ou un autre, soit une chose parfaitement indifférente. Dans sa communication, M. Routier nous dit qu'il faut craindre de perforer les poches purulentes ; sans doute, on peut les vider avec un aspirateur, lorsqu'on les a nettement devant soi, mais je me demande comment on pourrait bien éviter cette rupture dans les cas assez nombreux où la paroi même de l'abcès est formée par un organe qu'on doit détacher pour libérer la trompe : l'essentiel, c'est de bien isoler d'avance le théâtre opératoire du reste de la cavité abdominale, et on y arrive au moyen de compresses bouillies et d'éponges. Dans les deux cas où cette rupture de l'abcès s'est produite, je n'ai pas fait de lavage du péritoine et j'ai préféré suivre la pratique de M. Terrier, c'est-à-dire faire le drainage par la paroi abdominale. Il ne m'appartient pas d'établir ici un parallèle entre le drainage et le lavage du péritoine, je me contenterai d'insister sur les services que le

premier m'a rendus. J'ai conscience que dans les trois observations où il en a été fait usage, des accidents graves se fussent produits si la paroi abdominale avait été complètement fermée. Dans deux observations, en effet, le fonctionnement imparfait des tubes avait suffi à faire monter la température, et à provoquer chez une malade des symptômes assez alarmants.

Comme suites opératoires, j'ai noté chez une femme l'apparition, au dix-neuvième jour, d'un léger écoulement par le drain d'un liquide à odeur fécaloïde. J'administrai le naphtol à l'intérieur; toute odeur disparut dès le lendemain, et l'écoulement se tarit en quelques jours.

Quatre opérées sur cinq ont perdu un peu de sang dans les quelques jours qui ont suivi l'intervention, c'est là un fait qui n'est pas rare et qui s'explique assez naturellement; mais la la malade de l'observation IV, opérée d'une salpingite double, a présenté, deux mois après l'opération, de véritables hématémèses supplémentaires qui ont duré deux jours. Le mois suivant, c'est-à-dire en septembre dernier, je lui conseillai de se purger au moment des époques. Or, six ou sept jours après sa purgation, il survint par le rectum, et pendant deux jours, un écoulement de sang rouge peu abondant. Le même fait se reproduisit au mois d'octobre. La malade n'éprouvait aucun trouble dyspeptique et ne portait ni hémorrhoïde ni fissure anale. Enfin, au mois de novembre dernier, et un mois après la dernière hémorrhagie rectale, la malade a eu ses règles pendant huit jours. J'ai examiné le ventre et pratiqué le toucher, je n'ai rien trouvé d'anormal. Ces derniers détails m'ont paru intéressants à noter. Je sais bien qu'on m'objectera que j'ai laissé un fragment d'ovaire : cependant, qu'il me soit permis de répondre d'avance que mon attention était attirée sur la difficulté de bien enlever tout le tissu ovarique, que j'étais aidé par MM. Berger et Terrier, et que, hanté par la crainte de laisser un fragment d'ovaire, j'avais recommencé la ligature d'un pédicule.

I. — *Salpingites traitées sans opération* [1].

Obs. I. — Mme L..., 25 ans, entre le 12 juillet à l'hôpital Bichat. Les douleurs datent de six mois, elles sont apparues après une fausse couche de quatre mois des deux côtés du ventre et dans les reins. Écoulement en blanc jaunâtre abondant. Le palper dénote la présence de deux masses douloureuses situées sur les côtés de l'utérus, on les retrouve par le toucher occupant les deux culs-de-sac latéraux. Le col de

[1] Toutes ces observations m'ont été remises par MM. Baudouin et Dumoret, internes du service de M. Terrier.

l'utérus est gros, entr'ouvert et laisse s'écouler une matière muco-purulente. — Diagnostic. Salpingite double, consécutive à une métrite puerpérale. — Traitement par le repos au lit, les injections chaudes au sublimé. — Dès le 11 août, le volume des tumeurs a diminué de plus de moitié, l'utérus a recouvré sa mobilité, enfin les culs-de-sac ne présentent plus qu'une petite masse dure peu sensible. L'état de la malade est tellement satisfaisant qu'elle quitte l'hôpital malgré nos conseils.

Obs. II. — Mme L..., 28 ans, entrée le 8 septembre 1888. — Accouchement, il y a trois mois : depuis, douleurs continuelles occupant tout le côté gauche du ventre, leucorrhée. Miction douloureuse, la fosse iliaque gauche est occupée par une tuméfaction qui descend dans le petit bassin et qui remplit complètement les culs-de-sacs postérieur et latéral gauche. Le toucher est horriblement douloureux. — Traitement par le repos et par les injections au sublimé; tampons iodoformés. — L'amélioration est rapide, il ne reste du côté du ventre qu'une saillie débordant de 2 centimètres l'arcade pubienne, le cul-de-sac postérieur est libéré, le gauche reste occupé par une masse dure. La malade demande son exeat le 23 septembre.

Obs. III. — Mme La..., 25 ans, entrée le 12 août 1888. — Accouchement il y a trois ans et demi. Fausse couche de trois mois, il y a cinq mois. Depuis lors, les douleurs de ventre sont continuelles; les règles sont régulières depuis trois mois, leucorrhée abondante, mais douloureuse. Les douleurs rendent la marche impossible. Le palper révèle un empâtement profond dans l'excavation pelvienne du côté gauche; l'utérus est peu mobile, abaissé; les culs-de-sac latéral gauche et postérieur sont remplis par une tuméfaction volumineuse, dure et très douloureuse qui se continue avec la masse sentie par le palper abdominal. — Même traitement que plus haut. — La malade quitte le service le 28 octobre, elle ne ressent plus aucune douleur, la masse des culs-de-sac a diminué de plus des trois quarts, les signes de la métrite persistent (gros col ulcéré, 11 centimètres de cavité utérine).

Obs. IV. — Mme P..., 21 ans, entrée le 15 septembre. — Réglée à 13 ans, menstruation régulière jusqu'à 15 ans. A cette époque, pertes de sang qui durent deux mois. Aucune grossesse ni fausse couche. Le 11 juillet, éclatent des douleurs abdominales violentes avec nausées, météorisme et pertes de sang. Au mois d'août les règles viennent deux fois. P... quitte l'Hôtel-Dieu où elle était entrée le 8 septembre. Le 12, ses douleurs la reprennent et la forcent à entrer à l'hôpital Bichat. Col petit, conique, abaissé, utérus peu mobile. Dans le cul-de-sac gauche, tumeur allongée très douloureuse, qu'on circonscrit bien sur les côtés de l'utérus au moyen du palper bi-manuel. La miction est très douloureuse, un écoulement verdâtre sort du col de l'utérus qui est végétant. — Diagnostic : salpingite gauche à la suite d'une métrite vraisemblablement blennorhagique. — Même traitement que plus haut. — A partir du 5 octobre les douleurs cessent d'être conti-

nues, le 8, menstruation facile. M. Terrier commence à s'occuper de la métrite dans les premiers jours de novembre; le cul-de-sac latéral gauche est à peine le siège d'une légère induration.

Obs. V. — Mme X... accouche pour la première fois au mois d'octobre 1886; peu de jours après, elle est prise d'accidents septicémiques. La température monte à 39° et même 40 et oscille entre ces chiffres pendant trois à quatre semaines. Le ventre était ballonné, douloureux, et on pouvait sentir, peu de jours après l'apparition des premiers accidents, une tuméfaction dure se prolongeant de l'angle de l'utérus vers la fosse iliaque droite. J'examinai la malade avec M. le Dr Hanot. Je constatai que la fosse iliaque droite était libre, mais qu'au-dessus du ligament de Fallope, partant du fond de l'utérus, il existait une masse mal limitée appréciable par le toucher vaginal et que je pensai être une salpingite suppurée. — Antisepsie vaginale, injections chaudes au sublimé, vésicatoires volants, emplâtres de Vigo. — La fièvre persista encore quelques jours puis tomba progressivement, l'état général s'améliora peu à peu, en même temps qu'il était possible de délimiter plus nettement les rapports et la forme de la tumeur : la continuité avec l'angle utérin était de plus moins forte. La malade resta couchée plus de trois mois sur nos conseils et l'antisepsie vaginale fut rigoureusement continuée pendant toute cette période. Mme X... eut ses règles au mois de mars : la menstruation se fit facilement et coïncida avec une sensibilité spontanée, et au toucher, de la petite induration. Le mois suivant, règles moins douloureuses; le mois d'après, même sensibilité du côté droit. — J'ai examiné Mme X... au mois de juin dernier, c'est-à-dire plus de 28 mois après le début des accidents; sa santé générale ne laisse rien à désirer; les culs-de-sacs sont libres, l'utérus est mobile, et de l'ancienne salpingite il ne reste plus qu'une petite corde dure et à peine sensible au palper, ne donnant lieu à aucune souffrance spontanée.

II. — *Observations de salpingites traitées par la laparotomie.*

Obs. I. — *Salpingite et abcès de l'ovaire droit.* — Cette observation vous a été communiquée le 16 mai 1888 et les pièces vous ont été présentées. L'affection, d'origine puerpérale, datait de quinze mois. La trompe et l'ovaire droits, seuls malades, étaient restés fixés par des adhérences dans la fosse iliaque, et l'incision fut faite, non sur la ligne blanche, mais comme pour la ligature de l'artère iliaque externe par le procédé de A. Cooper. Durée de l'opération, trente minutes. La malade est sortie guérie trois semaines après. Je l'ai revue au bout de six mois, sa santé ne laissait rien à désirer.

Obs. II. — *Salpingite double. Laparotomie. Guérison.* — Mme H..., 29 ans, entrée à l'hôpital Bichat, le 1er octobre 1888. Cette malade, réglée à 15 ans, s'est bien portée jusqu'à son premier accouchement qui eut lieu à 21 ans. Un mois après, elle fut prise de pertes

de sang continues qui durèrent plus de six mois. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis huit ans, elle n'a pas cessé de souffrir dans le ventre. Les souffrances s'accentuent beaucoup au moment des règles. Celles-ci sont irrégulières. En mars 1887, cette malade vint me consulter. Comme en dehors de son affection des ovaires elle présentait un utérus gros et leucorrhéique, je pratiquai le curettage au mois de novembre de la même année. Le seul résultat obtenu fut la disparition des pertes en blanc; les douleurs ne tardèrent pas à reparaître et à revenir même sous forme de véritables crises, à la moindre marche, et à la moindre fatigue. La palpation abdominale est tellement douloureuse que je me résous à examiner la malade sous le chloroforme au commencement d'octobre 1888. Le toucher vaginal joint au palper fait découvrir dans le cul-de-sac droit une tumeur arrondie et dure; l'utérus est peu mobile.

Laparotomie le 11 octobre, avec l'assistance de M. Hartmann. La décortication de la trompe droite, et je dirai sa recherche surtout, fut très laborieuse, cet organe étant fixé par des adhérences solides au fond de la cavité pelvienne. Aucune collection liquide. Les deux ovaires étaient un peu gros et kystiques. Réunion sans drainage. Pansement au salol. Durée de l'opération, cinquante-cinq minutes. Les suites furent simples. La température ne monta jamais au-dessus de 37°,5. La malade se leva le vingt-troisième jour et quitta l'hôpital vingt-huit jours après l'opération. Il n'y eut de particularité à noter que l'apparition d'un écoulement sanguin vaginal le surlendemain de l'opération.

Obs. III. — *Salpingite double développée dans le ligament large. Laparotomie. Guérison. Ablation des trompes et des ovaires.* — Mme C..., 24 ans, entrée le 3 septembre 1888. Fausse couche de six semaines, il y a cinq ans. Depuis, la malade ressent continuellement des douleurs dans le ventre, parfois sous forme de crises avec irradiations dans les aines et dans les reins. Depuis deux ans, c'est à peine s'il y a eu un répit de quatre mois. Les règles sont irrégulières; deux fois par mois, en moyenne, il survient des pertes de sang abondantes; les dernières règles datent du 6 août. Le ventre est rempli par une tumeur irrégulière débordant en haut le détroit supérieur et plongeant dans la cavité pelvienne. Cette masse est peu mobile et rénitente. L'utérus est enclavé et refoulé en avant contre la symphyse en même temps que très abaissé. Les culs-de-sac sont remplis par la tumeur, le postérieur est particulièrement proéminent et semble comme descendu sous forme d'un éperon.

Laparotomie le 25 septembre avec l'aide de M. Hartmann. On arrive sur une série de loges kystiques résultant de péritonites enkystées, qui sont ponctionnées par l'aspirateur, mais quelques-unes se déchirent. Nous abordons ensuite les deux tumeurs intra-pelviennes, situées de chaque côté de l'utérus, formées par les trompes et les ovaires. Elles sont renfermées dans le ligament large; leur isolement successif est excessivement laborieux; l'hémostase est longue à établir

et de chaque côté nous sommes obligés d'instituer une longue série de ligatures en chaîne sur les lames du ligament large. D'un côté la trompe était distendue par du sang et sa muqueuse présentait une surface villeuse. De l'autre côté, la cavité de la trompe renfermait du pus. Il n'y eut aucune issue de pus dans le ventre, les poches ayant été ponctionnées avant qu'on ne tentât leur décortication. L'opération dura près de deux heures.

Je plaçai dans l'angle inférieur de la plaie un drain allant jusque dans le cul-de-sac recto-utérin ; du liquide des poches péritonitiques s'était en effet écoulé à plusieurs reprises dans le cul-de-sac, et bien que séreux et transparent avait pu contaminer le péritoine. Huit points de suture profonde.

Le premier jour, il n'y eut à noter qu'un écoulement de sang par le vagin. Le cinquième jour après l'opération la température monta à 38°,5 ; le tube était bouché; lorsqu'on l'enleva, il s'écoula par la plaie une quantité considérable de liquide à peine louche. La température baissa dès le soir à 37°,1. Les jours suivants, il y eut encore, vers le soir, des températures au-dessus de 38° ; le ventre est toujours resté indolent et l'état général excellent.

Le 7 octobre, c'est-à-dire le quatorzième jour, on supprima le tube, raccourci déjà depuis plusieurs jours, l'écoulement étant insignifiant. On fut obligé de le replacer à cause d'une élévation du thermomètre à 38°,6. Le 12, il s'écoula par l'orifice du drain un liquide brunâtre à odeur fécaloïde. Je fis administrer 2 grammes de naphtol à l'intérieur et replaçai le drain. Dès le 22, toute odeur fécaloïde disparaît ; le drain n'est enlevé que le 6 novembre, c'est-à-dire quarante-deux jours après l'opération.

La malade quitte l'hôpital, le 11, complètement guérie ; son état général est excellent, elle a engraissé et n'éprouve plus aucune douleur. Les règles n'ont pas reparu.

Obs. IV. — *Salpingite double. Laparatomie. Guérison.* — Mlle Geneviève, 21 ans, entrée le 13 avril 1888. Réglée à 13 ans ; les règles ont toujours été douloureuses et abondantes, durant huit et même douze jours. Il y a deux ans et demi elle est devenue enceinte. Couches normales, suivies cependant, peu après, de douleurs abdominales qui n'ont fait que s'accroître depuis. Pendant quatre ou cinq mois, des métrorrhagies sont survenues irrégulièrement. Il y a cinq mois, crise de douleurs violentes, pertes de sang abondantes (sans caillots). Actuellement, coliques continuelles, maux de reins, irradiations douloureuses à la face interne des cuisses. Au palper, on trouve à droite une tumeur du volume d'une mandarine, à gauche, un peu d'empâtement. Le toucher fait percevoir de chaque côté de l'utérus une sorte de corde transversale du volume du doigt.

Le 22 avril, règles abondantes.

Le 4 mai, épistaxis. Douleurs dans le flanc gauche. Elancements douloureux dans les cuisses et dans les mollets.

Le 8 mai, nouvelle épistaxis.

Le 9 mai, les règles apparaissent.

Opération le 22 mai, avec l'assistance de MM. Terrier et Berger. — Le ventre ouvert, je me mets en devoir de détacher les adhérences qui unissent la trompe gauche au rectum. La rupture de ces adhérences amène l'ouverture d'un abcès dont l'intestin formait la paroi. Du côté droit, pas de collection purulente. Ablation des ovaires et des trompes. Toutes ces manœuvres ont été rendues difficiles par la tension des parois abdominales. Nettoyage soigné du petit bassin avec des éponges; et placement, dans le cul-de-sac recto-utérin, là où existait l'abcès, d'un gros drain qu'on fait sortir par l'angle inférieur de la plaie abdominale. 7 fils d'argent suturent la paroi. Durée de l'opération: cinquante minutes.

Le thermomètre reste à 37°,5 le soir et les deux jours suivants. Le troisième jour, il monta à 38°,5. Les traits devinrent tirés et le ventre douloureux. M. Terrier retira le drain qui était bouché et le replaça. Le liquide s'écoula en abondance et la température revint définitivement à la normale.

Le 27, les règles survinrent.

Le 5 juin, le drain est supprimé.

Le 14, la cicatrisation est complète, et le 17, la malade sort guérie.

J'ai revu la malade au mois d'août et dernièrement au mois d'octobre. Sa santé est devenue florissante, elle a engraissé, son caractère sur lequel j'avais des renseignements fort mauvais est devenu meilleur et ses douleurs n'ont pas reparu. La malade n'a pas eu, depuis sa sortie de l'hôpital, d'écoulement sanguin vaginal, mais, à trois reprises différentes et à deux mois d'intervalle, elle a éprouvé un malaise général qui s'est jugé une première fois par des vomissements de sang et la deuxième fois par des hémorrhagies rectales. Enfin, il y a huit jours (20 novembre), elle a eu ses règles qui ont duré huit jours.

L'*examen anatomique* des pièces donne le résultat suivant:

A l'œil nu. — La *trompe gauche* est sinueuse, bosselée; elle présente le volume du petit doigt avec un renflement plus considérable, du volume d'une petite noix vers l'extrémité externe qui n'est pas oblitérée. Longueur totale 10 centimètres et demi. Muqueuse végétante, mollasse, violacée avec quelques petits points jaunâtres, comme caséeux; malgré l'hypertrophie de la muqueuse, le calibre du canal de la trompe est considérablement augmenté. Il n'est à peu près normal que vers la corne de l'utérus. L'*ovaire gauche* présente le volume d'une petite noix et contient plusieurs follicules en voie de développement, l'un d'eux est même presque à maturité. La *trompe du côté droit* est également sinueuse et bosselée; mais elle est sensiblement moins volumineuse que la gauche. L'orifice du pavillon est également ouvert. La longueur totale de cette trompe est de 8 centimètres. L'aspect de la muqueuse est identique à celui de la muqueuse de la trompe gauche; la coloration est peut-être de ce côté plus franchement jaunâtre. L'*ovaire droit* est normal.

Au microscope. — *Trompe gauche,* épaississement considérable de la muqueuse dû surtout à l'abondance des cellules embryonnaires dans

la charpente des végétations et des replis de la muqueuse. Le stroma des végétations a subi en beaucoup de points la dégénérescence graisseuse. L'épithélium est conservé, mais la plupart du temps, sauf au fond de quelques replis de la muqueuse, les cellules épithéliales ont perdu leurs cils vibratiles. *Trompe droite.* Même aspect de la muqueuse, mais, en certains points de la charpente des végétations et de la couche fibro-musculaire, il existe des îlots régulièrement arrondis de cellules embryonnaires parmi lesquelles nous n'avons pu distinguer aucune cellule géante. Il existe aussi une infiltration assez abondante de cellules embryonnaires au voisinage immédiat de beaucoup de vaisseaux de la périphérie de la trompe.

Obs. V. — *Inflammation péri-utérine. Abcès pelvien, ouverture et drainage par la laparotomie. Guérison opératoire. Guérison définitive encore incomplète.* — Mme D..., 27 ans, entrée le 20 août 1888. Une grossesse à 18 ans; une deuxième à 21 ans.

Il y a deux ans, trois jours avant l'époque présumée des règles, la malade a été prise de frissons répétés avec douleurs abdominales diffuses; elle entra dans le service de M. Beaumetz, à Cochin, et y garda le lit pendant trois mois; elle aurait été vue alors par M. Bouilly; une amélioration survint et la malade put quitter l'hôpital, mais en continuant à souffrir dans le bas-ventre et dans les reins.

Le 11 juillet dernier, douleurs déchirantes dans l'abdomen, frissons répétés, vomissements; entrée dans le service de M. Lacombe, à Bichat. Fièvre tous les soirs oscillant entre 38°,2 et 38°,5; apparition de pus dans les selles, le 25 juillet.

Le 20 août, passage en chirurgie. La malade continue à rendre du pus par les selles. On observe, remplissant toute la fosse iliaque droite et remontant jusqu'à l'ombilic, une tumeur dure et mate qui se prolonge dans le petit bassin et enclave l'utérus. On porte le diagnostic de péritonite enkystée d'origine salpingitique. M. Reynier avait vu la malade et émis le même diagnostic.

Le 11 septembre, laparotomie. J'ouvre une série de loges kystiques qui renferment du liquide citrin à peu près transparent; une fois ces loges affaissées, je m'efforce en vain, pendant une demi-heure, de trouver les trompes ou les ovaires d'un côté ou de l'autre; je réussis à ouvrir du côté droit un petit abcès placé tout contre le rectum et peut-être contenu dans la cavité tubaire et je me résous à contre-cœur à fermer le ventre sans avoir pu enlever les annexes. Application de deux gros drains.

Suites opératoires très simples jusqu'au 29. Le 29, en faisant le deuxième pansement, nous constatons de la suppuration et une odeur fécaloïde du pus; 2 grammes de naphtol à l'intérieur et pansement quotidien. Le 3 octobre, du pus s'observe dans les garde-robes. Les drains abdominaux chassés par la cicatrisation ont dû être raccourcis successivement; ils ont été supprimés le 17 octobre.

Le 20 novembre, la malade continue à rendre de temps en temps un peu de pus par les selles; elle ne se lève pas encore; elle est toujours

pâle et mange peu; sa température, normale pendant cinq à six jours, subit de temps en temps des poussées à 38°,3 ou 4 dixièmes. Aucune tumeur ne se sent par le palper abdominal; on constate par le toucher que les culs-de-sac sont comme doublés de plaques dures qui immobilisent en partie l'utérus; ventre souple, indolent.

Si, au point de vue des indications opératoires, j'analyse ces cinq dernières observations, j'y trouve que l'affection datait de quinze mois, de huit ans, de cinq ans, de vingt mois et enfin de deux ans; qu'il s'agissait, dans tous les cas, d'une affection devenue chronique, mais offrant des poussées aiguës ou subaiguës et n'ayant subi aucune amélioration lorsque des tentatives de traitement ont été faites.

Sans qu'on puisse établir de règles bien absolue, il me semble que le simple rapprochement de ces deux séries d'observations permet de conclure qu'on a d'autant plus de chances d'agir sans opération sur une salpingite qu'on se rapproche davantage du moment de l'infection. La plupart des salpingites traitées dans les quelques mois qui suivent l'infection subissent une amélioration rapide et considérable par le simple repos et l'antisepsie vaginale; quelques-unes peuvent guérir sans laisser aucune trace au moment d'établir les indications d'une intervention chirurgicale. On devra donc surtout tenir compte du temps qui s'est écoulé depuis l'infection primitive, et tenter la guérison par une thérapeutique non sanglante, même s'il s'est écoulé une année depuis le début des accidents. Il est évident, du reste, que les indications spéciales d'intervention peuvent être fournies par des signes qui indiquent la formation d'un abcès et qu'il y a un certain intérêt à ne pas laisser, en tardant trop, la collection de pus s'ouvrir dans le rectum ou des néomembranes s'organiser, de telle sorte que l'ablation des organes malades devienne plus laborieuse ou impossible.

M. Richelot. Messieurs, je suivrai l'exemple de mes collègues en vous soumettant quelques réflexions sur les laparotomies que j'ai eu l'occasion de pratiquer pour ces lésions des annexes aujourd'hui désignées sous le nom de salpingites ou salpingo-ovarites. J'ai fait six fois l'ouverture de l'abdomen après avoir posé ce diagnostic; les six opérations datent de cette année. La première est du mois de mai et se réduit à une laparotomie exploratrice; les deux dernières sont du 26 novembre et du 1er décembre, les malades sont en pleine voie de guérison. Malheureusement, dans cette courte série, figurent les deux cas de tétanos que j'ai communiqués récemment à l'Académie; je n'y reviendrai pas en détail, mais je tiens à vous rappeler que, chez ces deux malades, l'opération eut les meilleures suites immédiates, fièvre nulle et prompt rétablisse-

ment, jusqu'au matin du septième jour: c'est alors que le tétanos apparut. Cette complication rare m'est tombée comme une tuile sur la tête, et a transformé en désastre une intervention dont le succès ne faisait plus aucun doute. J'ai le droit de dire que mes malades sont « mortes guéries », et qu'il serait injuste, prenant mes six cas pour une statistique, de m'attribuer sommairement une mortalité égale à 33 0/0; ce serait donner à des faits exceptionnels une valeur qu'ils n'ont certainement pas. En les mettant, au contraire, à leur place, je puis dire que tous les faits que j'ai vus plaident en faveur de l'opération, car je n'ai pas eu, tétanos à part, le moindre accident.

L'*anatomie pathologique* m'a paru légitimer une opinion émise dans la dernière séance : le terme de salpingite est beaucoup trop restreint et ne convient nullement aux lésions variées que peuvent présenter les annexes. Tantôt la trompe est malade, tantôt c'est l'ovaire ou les deux à la fois ; les organes sont adhérents ou mobiles, enflammés ou kystiques. Sur mes six malades, deux fois seulement j'ai trouvé la trompe bosselée, épaissie; dans les autres cas, c'était une altération kystique des ovaires, un hématome de la trompe, un abcès rétro-utérin. La nature des lésions est donc très variable. Pour celles qui ont une origine infectieuse, je pense que les lymphatiques sont souvent les premiers en cause et que les lésions de l'ovaire ou de la trompe sont alors consécutives ; ainsi, dans le cas d'abcès dont j'ai parlé et sur lequel je reviendrai tout-à l'heure, il m'a semblé que j'avais sous les yeux une lymphangite péri-utérine. Mais je crois aussi à la propagation de la muqueuse utérine à la muqueuse tubaire, et M. Quénu vient justement de vous en donner la démonstration.

Le *diagnostic* doit être fait, sans doute, avec beaucoup de soin; mais je pense que, par la force des choses, il manque souvent de précision, et que, s'il peut y avoir quelque intérêt à le compléter à l'aide du chloroforme, l'essentiel est, après tout, de reconnaître une lésion pelvienne qui exige l'ouverture du ventre. Il faut donc s'attacher à réunir tous les éléments cliniques nécessaires pour poser, en conscience, l'indication d'une laparotomie; il importe moins de savoir si la trompe est seule malade ou avec l'ovaire, si elle contient du sang ou de la sérosité.

Deux fois j'ai dû me passer d'un diagnostic absolument exact, pour un motif qui a bien sa valeur : j'avais affaire à des filles vierges, que je ne voulais ni déflorer ni importuner même par un examen trop détaillé. La première est Marie B..., opérée le 4 mai (obs. I). Malade depuis le mois d'avril 1887, elle avait eu des accidents inflammatoires très graves, mais je ne pouvais démêler s'il s'agissait d'une ancienne pérityphlite ou d'une maladie des annexes. Il lui

restait des douleurs continuelles qui empêchaient tout travail et une petite tumeur profonde, allongée, vers la fosse iliaque droite; je crus à une salpingite unilatérale, je fis une incision abdominale qui me permit de constater l'intégrité absolue des annexes, et je refermai le ventre. J'avais vu le cæcum à sa place et d'aspect normal; une douleur modérée qui persiste, avec des poussées subaiguës de loin en loin, me fait penser maintenant qu'il y a derrière cet organe un ancien foyer de pérityphlite qui se réveille de temps à autre.

La seconde est ma dernière opérée, Mlle B... (obs. VI, 1er décembre). C'est une jeune fille du département de Seine-et-Marne, que j'ai vue en consultation le 30 août, souffrant cruellement depuis le 23 mars, pliée en deux, marchant à peine. Chez elle aussi, je me bornai à la palpation de l'abdomen et à l'examen attentif des symptômes qui s'étaient déroulés depuis cinq mois; elle vint à Paris trois mois plus tard, et je lui enlevai des ovaires kystiques et profondément altérés.

Chez une autre malade, Fidéline A... (obs. II), l'empâtement des culs-de-sac à droite et à gauche, la tuméfaction sus-pubienne mal circonscrite rendaient la recherche des organes tout à fait illusoire, et j'étais bien sûr que le chloroforme ne m'eût pas été d'un grand secours. Mais l'évolution du mal et l'intensité des symptômes imposaient une laparotomie; tous les détails de l'opération montrent combien celle-ci était légitime, et aussi combien il eût été impossible de reconnaître exactement l'état des ovaires et des trompes, englobés dans une masse inflammatoire.

Un point intéressant du diagnostic, c'est la confusion possible avec une tumeur fibreuse. Je pense qu'à une époque où nous connaissions moins la salpingite, cette erreur a été commise plus d'une fois; pour ma part, je me suis trompé dans deux cas de ce genre. Il y a quatre ans, une jeune femme me consulta pour des douleurs abdominales excessives, des poussées fébriles et des hémorrhagies; je lui trouvai un utérus peu mobile, avec une masse dure qu'on sentait à la fois par le toucher vaginal et au-dessus du pubis, comme si la paroi antérieure de l'organe était bourrée par un fibrome du volume du poing, faisant saillie en avant et à droite. Je n'hésitai pas à porter ce diagnostic, et je prescrivis des injections, de l'ergot et de la quinine. Au bout de quelques semaines, je fus étonné d'apprendre que mon traitement avait eu un plein succès; la jeune femme ne souffrait plus, elle s'était trouvée soulagée brusquement à la suite d'un écoulement par le rectum, et son médecin ne retrouvait plus la tumeur. Il y a quelques mois, elle revint me trouver pour de nouvelles douleurs très vives dans le côté droit, et un état fébrile assez grave qui ne cédait pas au sulfate de quinine; cette

fois, je reconnus les signes de la pyo-salpingite, et je parlai d'une opération. Mais quelques jours après, la poche se vida de nouveau, et la malade, qui a peur de la chirurgie, put reprendre ses occupations.

Le 16 juillet 1886, je vis, en consultation avec M. le Dr Tartivel, une dame de 40 ans, qui, depuis plusieurs mois, était prise à chaque époque menstruelle d'une attaque de pelvi-péritonite des plus sérieuses, menaçant de se généraliser et d'entraîner la mort. La crise durait huit ou dix jours et s'éteignait lentement; la dernière avait paru d'une gravité extrême. Je trouvai une masse dure et sensible à la pression, qui faisait saillie au-dessus du pubis et ressemblait à un fibrome interstitiel ; seulement la tumeur n'était pas exactement sur la ligne médiane, elle faisait saillie vers la gauche. J'admis l'existence d'un myome provoquant de violentes poussées congestives au moment des règles, et je déclarai que, s'il y avait encore une crise aussi menaçante, l'hystérectomie abdominale deviendrait nécessaire (je n'avais pas encore fait, à cette époque, la castration pour des tumeurs fibreuses). Mais les symptômes s'amendèrent peu à peu ; Mme L... suivit avec grand succès un traitement hydrothérapique à Bellevue; la tumeur diminua de volume et disparut complètement. Aujourd'hui, Mme L... a encore de petites poussées congestives, elle souffre un peu au moment des règles, qui sont abondantes et l'obligent à garder le repos ; l'hydrothérapie lui réussit toujours et la remet sur pieds. Je pense que, s'il y avait eu un fibrome, il aurait pu se calmer, diminuer de volume, mais non disparaître ; c'était plutôt une lésion des annexes, aujourd'hui endormie et compatible avec une bonne santé.

Tels sont les deux faits, déjà anciens, qui m'ont induit en erreur. Plus récemment, dans un cas pareil, j'ai fait naturellement un meilleur diagnostic. Mme B... (obs. V, voy. p. 968), malade depuis 9 ans, avait été soignée par Depaul pour une antéflexion. La sonde me démontra qu'il n'y avait aucune déviation utérine; mais la tumeur qui faisait saillie en avant et à droite, et qui n'était pas le corps de l'utérus, ressemblait beaucoup à un fibrome de la paroi antérieure. La malade, qui avait toujours eu des époques très pénibles, souffrait beaucoup dans le côté droit ; la douleur était vive surtout depuis quatre mois, et depuis le même temps les règles n'étaient pas venues. Une tige de laminaire iodoformée, introduite à deux reprises avec les précautions voulues, ne fit que déterminer une poussée congestive et un léger mouvement fébrile ; c'est alors surtout que l'idée d'un fibrome perdit du terrain. De toutes façons la malade, qui ne pouvait plus marcher, qui vivait dans son lit depuis un mois et s'affaiblissait de jour en jour, devait subir une laparotomie : j'étais prêt à faire la castration si j'étais tombé sur un fibrome,

mais je m'attendais bien plutôt à la faire pour une lésion des annexes. En effet, je trouvai un hématome de la trompe.

L'*opération* est variée comme l'est elle-même la lésion. Chez ma dernière malade, Mlle B..., les ovaires dégénérés n'étaient pas adhérents, ils furent attirés bien vite au dehors, et l'opération dura une demi-heure. Chez mes deux tétaniques, il y avait des adhérences de l'épiploon, mais qui cédèrent sans grands efforts, et la manœuvre ne fut pas encore très laborieuse. Chez Mme B... (obs. V), l'hématome tubaire était assez volumineux et adhérent partout; je mis un certain temps à l'énucléer sans rien déchirer autour de lui, et, comme l'anesthésie avait été difficile et que pour ce motif les premiers temps avaient un peu traîné, la malade resta sur le lit un peu plus d'une heure; les suites n'en furent pas plus mauvaises. Enfin, chez Fidéline A... (obs. II), j'eus à faire une opération très différente de celles qui précèdent. Après l'incision abdominale, je trouvai d'abord l'épiploon étendu comme un voile au-devant des organes pelviens; en le détachant peu à peu du fond de l'utérus, j'ouvris un petit abcès à peine plus gros qu'un dé à coudre; puis je regardai aux environs. Les deux ligaments larges formaient deux masses inflammatoires auxquelles adhéraient l'épiploon et les anses de l'intestin, au milieu desquelles il me fut impossible de distinguer les ovaires et les trompes. Je craignis, en m'obstinant à leur recherche, de rendre l'opération plus longue et plus dangereuse; l'ouverture de l'abcès pouvait suffire à la guérison; bref, je mis un tube à drainage dans ce petit foyer, et je refermai le ventre. Tout alla pour le mieux; aujourd'hui cette jeune fille, que j'ai revue il y a quelques jours, est absolument guérie; l'empâtement bilatéral a disparu, les ligaments larges ont retrouvé leur souplesse, les règles se font normalement et sans douleur. Voilà un cas dans lequel, selon toute vraisemblance, les seuls lymphatiques sont en cause, où les ovaires et les trompes n'avaient pas de lésions graves, où la guérison fut obtenue sans toucher à ces organes.

Permettez-moi, messieurs, de terminer en insistant sur un point qui n'a pas trait aux salpingites; mais je saisis l'occasion d'y revenir parce qu'il me paraît avoir une certaine importance. Je veux parler de la *suture à étages* de la paroi abdominale : un surjet de catgut pour le péritoine, un second surjet pour l'aponévrose, et des points séparés en crin de Florence pour la peau et les muscles. Depuis un an, je termine ainsi toutes mes laparotomies, et jusqu'ici toutes mes cicatrices ont bonne mine et paraissent très solides. Ceux qui ont recommandé ce genre de suture lui attribuent, entre autres avantages, celui de mieux prévenir les éventrations consécutives, et c'est pour atteindre ce but que je l'ai

adopté. Or, mes observations de cette année sont encore bien récentes ; cependant leurs résultats m'encouragent. Ma dernière opérée, celle du 1er décembre, a comme garde auprès d'elle une ancienne malade de l'hôpital Bichat, opérée il y a deux ans par mon ami Terrier. La suture aux fils d'argent lui a donné quelques ennuis, elle a eu plusieurs petits abcès de la paroi ; et maintenant elle a une éventration. Chez mes malades, les crins de Florence ne causent pas d'irritation et me laissent bien tranquille sur l'époque où je dois les enlever ; je les laisse, en toute sécurité, aussi longtemps qu'il me paraît utile, et je n'ai plus cette hésitation que nous donnent parfois les fils d'argent vers le huitième jour, quand nous craignons de livrer à elle-même une cicatrice à peine fermée, ou de laisser quelques jours de plus des fils qui vont couper les tissus et servir de prétexte à la suppuration. Mais, je le répète, c'est avant tout l'éventration ultérieure — car je sais bien qu'on guérit avec les fils d'argent — que je voudrais éviter ; et jusqu'ici, mes malades n'ont aucune tendance au relâchement de la paroi abdominale.

Voici le détail de mes deux premières observations. La troisième et la quatrième, c'est-à-dire les deux cas de tétanos, ont été communiquées à l'Académie de médecine ; les deux dernières, enfin, sont à peine terminées et les examens histologiques ne sont pas encore faits ; elles seront publiées ultérieurement, et je me bornerai aujourd'hui à vous en donner les indications principales avec les dates.

Obs. I. — *Laparatomie exploratrice.* — Marie B..., 20 ans, est entrée à l'hôpital Tenon, salle Richard-Wallace, n° 12, le 25 avril 1888. Elle paraît avoir souffert depuis longtemps d'une constipation opiniâtre ; néanmoins, sa santé n'était pas mauvaise.

Au mois d'avril 1887, ses règles, apparues depuis deux jours, s'arrêtent brusquement ; elle éprouve de vives douleurs abdominales, très accusées à droite, avec fièvre intense et vomissements bilieux. Après sept jours, elle entre à l'hôpital Beaujon. Ventre ballonné, tumeur dans le flanc droit ; diagnostic : *pérityphlite* ; vésicatoire. Survient une diarrhée abondante ; elle reste trois semaines à l'hôpital, et quelques jours avant sa sortie, elle commence à perdre par le vagin un liquide jaunâtre. Chez elle, les douleurs vives continuent à droite, elle peut à peine remuer ; elle a toujours des pertes vaginales, et la tumeur du côté droit, nous dit-elle, s'affaisse et reparaît suivant que ces pertes sont plus ou moins abondantes.

Le 4 juin, elle entre à la Charité, service de M. Desprès ; diagnostic *hématocèle suppurée* ou *abcès du ligament large.* Continuation des pertes vaginales et quatre mois de séjour, après lesquels de vives douleurs l'obligent bientôt à reprendre un lit dans le service de M. Desprès : elle y reste avec la fièvre, et on hésite quelque temps à « faire

l'opération » ; mais la tumeur du côté droit diminue peu à peu, la fièvre cesse, et Marie B... quitte la Charité. Au mois d'avril dernier, un an juste après le début de son mal, elle m'est adressée par M. le Dr Séailles : elle n'a pas cessé de souffrir dans le côté droit ; la douleur est plus vive au moment des règles ; il y a des pertes vaginales, mais qui ne sont que des flueurs blanches. Elle ne peut se coucher sur le côté gauche, à cause des tiraillements qu'elle éprouve à droite. Je lui trouve dans cette fosse iliaque, un peu au-dessus du point où se fait la recherche des annexes, une petite tumeur allongée, lisse, profonde, douloureuse à la pression. Marie B... ne peut marcher ni travailler sans une grande fatigue ; elle est lasse de souffrir et demande une opération.

Il m'est assez difficile de discerner s'il y a eu pérityphlite ou lésion inflammatoire des annexes — les deux diagnostics ont été posés, — si, pendant plusieurs mois, un écoulement purulent s'est fait par une fistule vaginale, et quelle était l'origine de cette fistule. Cette jeune fille étant vierge, il me répugne de faire, avec ou sans chloroforme, un examen approfondi. D'autre part, l'intensité de la douleur et les prières de la malade me paraissent autoriser une incision exploratrice, qui sera par elle-même inoffensive si je n'ai à faire qu'un examen simple et rapide, et qui peut me mener sur une lésion dont le traitement direct est devenu nécessaire. Je me décide, en conséquence, à opérer le 4 mai, avec l'assistance de MM. Marquézy, Lafourcade et Buscarlet, internes du service. Incision de 10 centimètres environ ; adhérences molles de l'épiploon à la paroi abdominale et au détroit supérieur, facilement décollées. Exploration de l'utérus et des annexes avec le doigt : ovaires petits, sains, trompes saines, bien à leur place et libres d'adhérences. Déplaçant un peu l'incision, je vois la face antérieure du cæcum occupant sa situation normale et ne présentant rien d'insolite ; je touche avec le doigt l'artère iliaque, le relief du psoas, et je referme le ventre par la suture à trois étages.

Les suites de l'opération n'ont rien été ; la malade est restée sans fièvre. Un phénomène bizarre a seulement attiré mon attention : c'est une paralysie radiale du côté droit, qui s'est montrée aussitôt après le sommeil anesthésique, et dont la guérison s'est faite en quelques semaines. L'observation a été prise tout au long, à ce dernier point de vue, par M. le Dr Bentéjac [1].

Pendant les trois semaines que la malade est restée au lit, la douleur du côté droit, disparue d'abord, s'est montrée de nouveau, avec beaucoup moins d'intensité. Le repos aidant, la malade a éprouvé, en somme, une grande amélioration. Elle est devenue infirmière à l'hôpital Tenon, et s'est mise à travailler régulièrement. Je ne sais trop pourquoi elle est mieux portante aujourd'hui qu'avant l'incision exploratrice. Néanmoins, la douleur n'a pas franchement disparu ; elle se réveille de temps à autre ; elle est forte à certains moments, surtout pendant les règles. Je trouve toujours une petite tuméfaction allongée, un peu douloureuse

[1] Bentéjac, De quelques phénomènes nerveux observés à la suite des opérations pratiquées sur l'abdomen (*Thèse inaugurale*. Paris, 1888).

à la pression, dans la fosse iliaque droite; je pense qu'elle est située derrière le cæcum, et qu'elle représente la cicatrice d'un ancien foyer de pérityphlite.

Tout récemment, le réveil de la douleur a été plus violent qu'à l'ordinaire. Marie B... a dû suspendre son travail et rester couchée; mais tout s'est borné à la douleur avec un peu d'empâtement; elle a pu se lever après huit jours de repos, le 5 décembre, et aller suivre à la Pitié les cours d'infirmières.

Obs. II. — *Lymphangite pelvienne.* — Fidéline A... a 24 ans; elle n'a pas eu de grossesse; elle est toujours bien réglée depuis l'âge de 13 ans, et n'accuse aucun trouble au moment de ses époques.

Au mois de novembre 1887, après plusieurs jours de fatigue, les règles viennent comme à l'ordinaire et durent trois ou quatre jours; mais, à leur suite, Fidéline sent tout à coup une douleur vive localisée au côté droit de l'abdomen, et bientôt après se déclare une métrorrhagie abondante. Elle entre à l'hôpital Necker le 22 décembre, dans un service de médecine, où on lui met plusieurs vésicatoires; au bout de trois mois, elle s'impatiente, et rentre chez elle incomplètement guérie, incapable de reprendre son travail. Elle consulte alors un de nos confrères, qui l'examine, lui donne rendez-vous pour le lendemain, l'endort et lui fait « le grattage de l'utérus ». Il paraît qu'on lui fit aussi « la ponction du cul-de-sac postérieur »; seulement, comme la malade n'en a pas eu conscience et ne le sait que pour l'avoir entendu dire, elle ne peut, quoique fort intelligente, me dire à quel moment cette ponction fut faite, le jour même du grattage ou pendant un examen ultérieur. Quoi qu'il en soit, après ces interventions successives, elle entre à l'hôpital Tenon dans un service de médecine, avec une température de 40° et des douleurs vives. Nous sommes au 30 mars 1888; pendant les mois d'avril et de mai, la température oscille entre 38° et 39°; le ventre est douloureux, surtout à gauche; les garde-robes contiennent du pus à plusieurs reprises, après quoi la fièvre diminue. On la transporte alors dans le service d'accouchements de M. Bar, absent; M. Doléris, qui supplée son collègue, se dispose à l'opérer de nouveau, mais pendant qu'elle hésite à se laisser faire, M. Doléris est à son tour remplacé par M. Auvard, qui aussitôt fait passer la malade en chirurgie, dans la salle Richard-Wallace. C'est alors que je l'examine et que je puis recueillir les renseignements qui précèdent.

Je lui trouve un ventre assez développé, douloureux au toucher, couvert de pointes de feu, et qui est le siège d'un empâtement profond occupant les deux fosses iliaques, surtout la gauche, et remontant à peu de distance de l'ombilic. C'est une masse au milieu de laquelle on ne peut songer à distinguer la forme des ovaires ou des trompes. Au toucher, les culs-de-sac latéraux et postérieur, mais surtout le gauche, sont durs et empâtés; l'utérus est immobilisé au milieu de ces masses inflammatoires. L'état général est assez mauvais, la fièvre ne cesse pas franchement, la malade est toujours très souffrante; quelque temps après son entrée dans le service, elle rend encore du pus

par les garde-robes, ce qui abaisse la température, calme un peu la douleur et produit une notable amélioration.

Nous sommes évidemment en présence d'un foyer de suppuration pelvienne qui ne sommeille un moment que pour se réveiller bientôt, et qui menace d'épuiser les forces de la malade. Son siège ne peut être exactement déterminé. S'agit-il d'une pyo-salpingite, d'une suppuration rétro-utérine? C'est ce que l'opération nous apprendra mieux qu'une recherche illusoire au milieu de cet empâtement diffus; car je ne crois pas qu'on doive hésiter à découvrir, par l'incision abdominale, un foyer qui provoque d'aussi graves symptômes et promet de s'éterniser.

L'opération est faite le 22 juin, dans le moment d'accalmie dont j'ai parlé, avec l'aide de M. le Dr Verchère et des internes du service. L'incision faite, je trouve l'épiploon adhérent tout en bas et couvrant le petit bassin ; je le décolle peu à peu ; tout à coup, en le séparant du fond de l'utérus, j'ouvre un abcès qui siège au-dessus et en arrière de cet organe et qui ne dépasse guère les dimensions d'un dé à coudre. Une éponge, humide de solution forte, nettoie complètement ce petit foyer, dont la paroi antérieure était formée par l'épiploon, et que limitent en arrière des adhérences intestinales. En portant mes regards à gauche et à droite, je trouve que les ligaments larges, et surtout le gauche, forment deux masses épaisses, indurées, limitées en haut par l'intestin grêle et l'épiploon adhérents à leur bord supérieur, et au milieu desquelles je ne puis distinguer ni la trompe ni l'ovaire. Je me demande un instant si je vais me mettre à leur recherche au milieu de ces tissus enflammés pour les enlever coûte que coûte ; mais j'y renonce bientôt, dans la crainte de faire une opération longue, difficile, dangereuse pour les anses voisines, et de plus inutile, car cet engorgement inflammatoire, après l'ouverture de l'abcès, peut se résoudre, et je ne suis pas certain que le sacrifice des ovaires et des trompes soit nécessaire. Seulement, comme j'ai peur de laisser inaperçu quelque point de suppuration, je prends le parti de laisser un tube en caoutchouc rouge qui plonge dans le petit abcès vidé ; puis j'étale l'épiploon entre mon tube et la masse intestinale, et je referme le ventre par la suture à trois étages.

Le 9 juin, premier pansement ; quelques gouttes de pus sont sorties par le drain ; la malade est restée sans fièvre et sans douleur. Le 13, ablation des crins de Florence. Le 30, ablation définitive du drain, déjà plusieurs fois raccourci. Le 2 juillet, la cicatrisation est parfaite, la bonne mine et l'embonpoint sont revenus.

J'ai vu cette malade plusieurs fois depuis qu'elle a quitté l'hôpital, et je la tiens en observation. Elle a une santé parfaite ; les règles sont normales et sans aucune douleur, le ventre est souple, au toucher les culs-de-sac sont absolument libres; l'utérus est mobile et l'engorgement péri-utérin a totalement disparu.

Obs. III. — *Salpingite bilatérale. Tétanos.* — Louise L..., 21 ans, opérée le 15 juin 1888. Incision de 10 centimètres, rupture de quel-

ques adhérences de l'ovaire et de l'épiploon, castration bilatérale. Les deux trompes sont transformées en gros conduits bosselés à parois épaisses. Suture à trois étages. Suites nulles; indolence et apyrexie complètes. Le 21, septième jour, tétanos et mort en vingt-quatre heures. A l'autopsie, tous les organes sont sains, aucune trace de péritonite.

Obs. IV. — *Salpingite bilatérale. Tétanos.* — Anna L..., 21 ans, opérée le 5 juillet 1888; ovaires adhérents et kystiques, lésions de la salpingite très accentuées; castration. Suture abdominale à trois étages. Suites nulles; indolence et apyrexie complète. Le 11, septième jour, tétanos et mort en 36 heures. Autopsie négative comme la précédente.

Obs. V. — *Hématome de la trompe.* — Mme B..., 30 ans, mariée depuis 9 ans, malade depuis cette époque, stérile. Douleurs incessantes, traitements variés et inefficaces, immobilité au lit depuis six semaines. Opérée le 26 novembre 1888; hématome de la trompe droite, du volume d'une mandarine, ablation des annexes, un peu laborieuse de ce côté. Suture abdominale à trois étages. Température de 38 à 38°,6 pendant quatre jours, sans aucun phénomène alarmant. Poussée d'herpès génital, accompagné de fièvre (39°, 39°,5) du dixième au quinzième jour, sans aucun symptôme du côté du ventre. Guérison rapide.

Obs. VI. — *Altération kystique des ovaires.* — Léonie B..., 28 ans, douleurs vives depuis le 23 mars 1888. Poussées de pelvi-péritonite, marche impossible. Accalmie légère à la fin de novembre; néanmoins elle arrive à la maison de santé du Dr Defaut pliée en deux et ne pouvant marcher sans être soutenue des deux côtés. Opérée le 1er décembre; adhérences épiploïques; ovaires libres, altération kystique surtout à droite; ablation des ovaires et des trompes. Suture abdominale à trois étages. Suites nulles, apyrexie, guérison rapide.

Rapport

Gastrostomie. Digestion de la paroi abdominale par le suc gastrique. Ouverture du péritoine. Péritonite. Mort le 10e jour après l'opération, par M. Tuffier.

Rapport par M. Terrillon.

M. le Dr Tuffier a présenté, au mois d'avril de cette année, une pièce anatomique fort intéressante, provenant d'un malade auquel il avait pratiqué la gastrostomie pour un rétrécissement de l'œsophage, siégeant au niveau de la partie supérieure. Après avoir

donné un résumé des principaux détails relatifs à cette observation, je terminerai par quelques remarques sur le point le plus essentiel, et qui mérite d'appeler plus particulièrement l'attention.

Il s'agit d'un homme de 44 ans, ne présentant dans ses antécédents aucune particularité digne d'être notée.

Le début de sa maladie paraît remonter au mois d'août 1887. A cette époque, il remarqua qu'il avalait difficilement les substances solides ou demi-solides. Bientôt les aliments liquides eux-mêmes furent difficilement avalés; le malade commença à maigrir d'une façon notable. Cette gêne de la déglutition qui ne fut accompagnée par aucun autre symptôme, tels que hémorrhagie ou régurgitation, s'accentua lentement jusqu'au moment de son entrée dans le service du professeur Guyon, à l'hôpital Necker, vers les premiers jours de mars 1888.

Le malade était très amaigri et très affaibli, ne pesant plus que 52 kilogrammes au lieu de 75. Le cathétérisme œsophagien, plusieurs fois essayé avec tous les instruments usités en pareil cas, ne permit jamais de franchir l'obstacle qui existait au niveau du cartilage cricoïde. En palpant le cou dans cette région, on avait la sensation de deux masses indurées occupant les côtés de l'œsophage et de la trachée. L'examen du pharynx ne donnait aucun résultat.

En raison des lésions constatées à la base du cou autour de l'œsophage, on ne pouvait songer à faire l'œsophagotomie externe. Aussi, en présence de l'affaiblissement progressif du malade, M. Tuffier se décida à pratiquer la gastrostomie.

Cette opération eut lieu le 8 avril. L'incision commença au-dessous de l'appendice xyphoïde, parallèlement au rebord des fausses côtes gauches, et avait de 6 à 7 centimètres de longueur. Lorsque le péritoine fut ouvert, on reconnut le bord inférieur du foie qui fut soulevé et, au-dessous, le doigt rencontra l'estomac. Ce n'est qu'après avoir vérifié exactement la nature de l'organe que la paroi stomacale fut fixée au moyen de deux sutures isolées. Une collerette de sutures très rapprochées assura ensuite la fixité de cet organe et la fermeture du péritoine. Une ouverture pratiquée au centre de la partie fixée à l'abdomen permit l'introduction d'une sonde uréthrale en caoutchouc nº 22. L'opération fut très simple, sans aucun incident, et dura environ 45 minutes. Quelques heures après, des liquides, notamment du lait, furent introduits dans l'estomac et parfaitement digérés.

Les jours suivants, tout se passe assez bien; la température monte peu, et la fistule stomacale semble, fonctionner normalement, lorsque, le 15, c'est-à-dire quatre jours après l'opération, le malade sent que son pansement est mouillé. On examine la plaie et on la trouve élargie, excoriée, non seulement sur ses bords, mais à une distance de 3 à 4 centimètres; l'épiderme est enlevé à l'emporte-pièce. L'orifice s'est élargi à tel point que le liquide injecté dans l'estomac reflue entre la sonde et les lèvres de la plaie. La sonde est devenue libre par destruction des téguments que maintenaient les points de suture; on la fixe de nouveau. Pensant qu'il s'agissait d'une digestion par le suc gas-

trique, M. Tuffier couvre toute la surface exulcérée et l'orifice lui-même, avec de la vaseline boriquée.

Les jours suivants, la même expulsion des liquides a lieu. L'orifice s'agrandit de plus en plus; toute la périphérie est ulcérée, les points de suture de la plaie au-dessous de l'orifice sont libres dans l'ulcération. Bientôt le péritoine est largement ouvert, et le malade succombe, le 19, sans symptômes de péritonite bien nette.

L'*autopsie* démontra que le suc gastrique s'écoulant de la plaie avait digéré une partie de la paroi abdominale et les bords de la fistule stomacale dans une grande étendue. Le péritoine présentait une ouverture de près de 8 centimètres. On put constater également que la bouche stomacale avait été faite dans un lieu d'élection, près de la petite courbure, entre le pylore et le cardia.

Le rétrécissement de l'œsophage était dû à un aplatissement de cet organe par une bride fibreuse réunissant en arrière les deux lobes du corps thyroïde fibreux et atrophié. Cependant il existait, au niveau du rétrécissement, un épithélioma lobulé très net avec transformation carcinomateuse, d'après un examen de M. le professeur Cornil.

De cette observation très simple, et de cette opération parfaitement réglée, je ne retiendrai qu'un fait : c'est l'accident consécutif qui est survenu du côté de la plaie faite à la paroi abdominale et qui a entraîné probablement la mort.

Cette action du suc gastrique et des liquides intestinaux me semble d'autant plus intéressante à signaler, que je vous ai rapporté ici même l'histoire d'un malade auquel j'ai pratiqué, au début de cette année, une gastrostomie et chez lequel survinrent des accidents analogues [1]. Au bout de quelques jours, malgré un tamponnement énergique pratiqué au niveau de la plaie, les liquides de l'estomac s'écoulaient sur la peau de l'abdomen, l'avaient ulcérée et digérée en grande partie. Ce n'est que grâce à un appareil spécial fabriqué par M. Galante, et que je vous ai présenté ici même, que j'ai pu éviter une digestion plus profonde et plus large. Je suis absolument persuadé que, sans l'emploi de cet appareil qui empêchait les liquides de sortir presque complètement, j'aurais eu à déplorer la mort de mon malade ; celle-ci serait arrivée dans les mêmes circonstances que chez le malade de M. Tuffier. Ç'eût été grand dommage à coup sûr, car ce malade vit actuellement dans d'excellentes conditions. J'ai pu dilater progressivement le rétrécissement et boucher une grande partie de sa fistule. Actuellement il se nourrit facilement.

En présence d'un tel accident, de cette ulcération des tissus due à l'écoulement du suc gastrique, on doit se demander quelle

[1] *Bull. et Mém. Soc. de ch.* 1888, p, 376.

est la cause intime de cet inconvénient, et quels sont les moyens par lesquels ont peut y parer.

Je commencerai par déclarer que ce phénomène n'est pas habituel; en effet, l'altération de l'orifice n'est notée que rarement dans les observations publiées. Le petit malade que j'ai opéré, en 1886, pour un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage et qui a survécu un an et demi avec une fistule stomacale, n'a jamais présenté cet accident. Le malade de M. Verneuil, ce jeune homme qui a subi le premier en France et avec succès l'opération de la gastrostomie, n'avait pas souffert de cet inconvénient. Il faut donc qu'il y ait, pour la production d'un semblable accident, des conditions spéciales, ce sont ces conditions que je demande à examiner devant vous.

Doit-on incriminer, comme l'ont fait quelques auteurs, l'étendue de l'ouverture primitive, ou bien la présence d'un corps étranger, tel que la sonde en caoutchouc rouge qui doit servir à l'alimentation? Je ne le crois pas, car dans la plupart des faits publiés, on signale l'emploi de cette canule destinée à l'alimentation du malade, mais elle ne semble pas avoir provoqué par elle-même un agrandissement de l'ouverture, et surtout l'ulcération et la digestion des bords de la plaie. Chez le petit malade dont je vous ai parlé plus haut et chez celui de M. Verneuil, ces faits ne se sont pas présentés. La sonde a été bien rapportée et sa présence n'a pas produit un agrandissement de l'orifice. Toujours les liquides ont été retenus facilement.

Doit-on incriminer, au contraire, la situation de l'orifice stomachal par rapport à la cavité de cet organe, a l'ouverture pratiquée dans la partie déclive, près de la grande courbure, facilitant évidemment l'issue des parties liquides et, par conséquent, l'irritation des parties voisines? J'avais craint d'abord que ce fût là la cause de la sortie facile des liquides chez mon malade qui a présenté des accidents de ce genre ; en effet, j'avais été obligé, pour des raisons anatomiques, de pratiquer l'ouverture très près de la grande courbure. Mais cette cause me paraît insuffisante pour expliquer la sortie des liquides et surtout leur action sur les bords de la plaie. En effet, chez le malade de M. Tuffier, l'ouverture était pratiquée près de la petite courbure, au-dessus de la partie déclive de l'estomac; par conséquent, les conditions étaient favorables à la rétention des liquides dans ce réservoir, et cependant les liquides s'écoulaient facilement.

On pourrait encore incriminer les contractions violentes de l'estomac qui provoqueraient l'issue brusque et rapide des liquides par l'ouverture stomacale, ainsi que cela a été signalé dans l'observation de mon malade ; mais c'est encore là une explication

mécanique qui ne nous satisfait nullement. En effet, si elle explique la sortie des liquides, si elle rend compte de la difficulté qu'on éprouve à les maintenir dans la cavité de l'estomac, elle n'explique pas l'action destructive du suc gastrique qui ne paraît se présenter que chez un certain nombre de malades.

J'arrive donc à l'explication qui me semble la plus rationnelle et je compte vous montrer qu'en connaissant cette cause, on peut l'atténuer et empêcher dans l'avenir un accident aussi grave. Le raisonnement aussi bien que l'expérience prouveront, je l'espère, la réalité de cette interprétation.

Pour moi, l'agrandissement progressif de l'orifice stomacal, l'ulcération et la digestion progressives des parois de l'abdomen et des tissus voisins, tient certainement à la qualité spéciale du suc gastrique de l'individu qui a subi l'opération.

Je n'en veux comme preuve que ce que j'ai observé chez le malade dont je vous ai parlé déjà plusieurs fois. Quelques jours après l'opération, alors que les liquides sortaient abondamment, l'ulcération de la peau et des tissus sous-jacents marchait avec une grande rapidité et occupait une étendue plus large que la main. Aussitôt l'appareil obturateur mis en place et bien adapté, les liquides ne purent sortir qu'en très faible quantité; ils souillaient très peu la paroi abdominale, et cependant ils entretenaient un état ulcératif de la peau qui incommodait beaucoup le malade et le faisait horriblement souffrir. Or, cette action spéciale du suc gastrique me semblait être le résultat d'une puissance digestive particulièrement active de ce liquide. J'eus bientôt la preuve de la réalité de cette explication, car nous avons pu constater qu'elle était due d'une façon certaine à l'excès d'acide chlorhydrique contenu dans ce liquide. Cet excès d'acide avait été signalé par MM. Dujardin-Beaumetz et M. le professeur Gautier lorsque je présentai mon malade à l'Académie de médecine en mars 1888. Mais j'eus encore la confirmation de ce fait par la suite.

Cet état douloureux et cette ulcération presque permanente étaient devenus tels, que je priai mon ami le Dr Debove de vouloir bien examiner le malade. Sans hésitation, il admit que l'état d'ulcération et de douleur n'étaient que le résultat de l'action trop active du suc gastrique devenu très acide, et que la neutralisation de cet acide au moyen des alcalins devait immédiatement soulager le malade. Effectivement, à peine mon opéré fut-il soumis à ce traitement, que les douleurs s'atténuèrent, les ulcérations guérirent en quelques jours; depuis cette époque, qui date de plus de quatre mois, il n'éprouve plus aucun inconvénient de la sortie du suc gastrique en petite quantité. Le bicabornate de soude et la craie préparée administrés à haute dose, soit dans

l'estomac, mélangés aux aliments, soit appliqués à l'extérieur, dans les endroits irrités, ont fait tous les frais de ce traitement.

En présence de cet exemple si frappant, je ne suis pas éloigné de croire que chez le malade de M. Tuffier, le suc gastrique très acide a été la cause de la destruction de la paroi abdominale. Il est vrai que ce suc gastrique n'a pas été analysé et que ce n'est là qu'une l'hypothèse pour le cas actuel ; mais il est probable que ce doit être là la cause principale et peut-être unique des accidents de ce genre.

Je pourrais donc tirer de ces observations les conclusions suivantes. Lorsque, après une gastrostomie faite d'après les règles ordinaires, on verra se produire par issue du suc gastrique une tendance à l'ulcération et à la destruction de la peau de l'abdomen, il faudra le plus rapidement possible empêcher cette issue au moyen d'un appareil spécial analogue à celui que je vous ai présenté, et assez semblable à celui employé par Lanelongue, de Bordeaux, en 1876 (voir le traité de la gastrostomie de J.-H. Petit, 1879, p.238 et suiv.), mais il faudra penser aussi à la possibilité d'une composition spéciale du suc gastrique, avec excès d'acide. La neutralisation exacte et énergique de ce liquide empêchera certainement ces désordres de se produire. C'est par la combinaison de ces deux moyens qu'on pourra éviter des désastres inattendus à la suite d'une opération aussi rationnelle et aussi utile.

Je vous propose d'adresser des remercîments à M. Tuffier pour son intéressante observation, et de l'inscrire sur la liste des candidats à une place de membre titulaire.

Discussion.

M. Marc Sée. Je désire faire remarquer que le procédé opératoire employé a été peut-être, dans ces cas exceptionnels, pour quelque chose dans la production des accidents. Si j'ai bien compris, en effet, la description que M. Terrillon nous a donnée de l'opération, l'estomac aurait été suturé à la paroi abdominale avant d'être ouvert, et, par conséquent, lorsque, cette suture faite, il a été incisé, le suc gastrique est venu baigner librement les surfaces saignantes. C'est là, pour moi, la cause de la détérioration de la plaie qui s'est produite ultérieurement. Je crois qu'on éviterait cet accident si l'on s'arrangeait de façon à ce que la muqueuse stomacale éversée doublât complètement la plaie abdominale. Le suc gastrique ne toucherait plus ainsi que la surface muqueuse avec laquelle il est normalement en contact, et je ne sache pas que ce liquide, quelque acide qu'il soit, ait jamais altéré la muqueuse de l'estomac.

Je n'ai jamais fait de gastrostomie, mais bien souvent des anus contre nature, à la suite desquels des accidents analogues à ceux observés par M. Terrillon et par M. Tuffier peuvent se produire. Pour y parer, j'ai toujours soin de doubler les lèvres de la plaie avec la muqueuse intestinale, en les suturant aux bords mêmes de la peau. J'évite ainsi toute inflammation locale due aux qualités irritantes du liquide qui sort par l'orifice. Je crois que l'on doit se comporter de même dans la gastrostomie.

M. Polaillon. J'ai eu plusieurs fois occasion de pratiquer des gastrostomies. J'ai toujours soin, l'incision des parties molles faite et l'estomac mis à découvert, d'attirer celui-ci en dehors, à travers l'ouverture péritonéale. Je forme ainsi un pli comprenant toute l'épaisseur des parois stomacales, et j'en traverse la base avec deux tiges d'acier. L'estomac est alors ouvert au thermocautère sur le sommet de ce pli et fixé de chaque côté avec des points de suture. La bouche stomacale est donc absolument en dehors de la surface saignante. C'est exactement ce que demandait M. Sée.

Or, en dépit de ces soins apportés à l'exécution de l'opération, il m'est arrivé, dans un cas, de voir les parties s'ulcérer; les adhérences, qui étaient très solides, se sont détruites peu à peu, et mon malade a succombé aux accidents de la péritonite spéciale qui survient en pareil cas.

Je conclus donc que, malgré les précautions très rationnelles recommandées par M. Sée et que je prends toujours, la complication signalée par M. Terrillon peut se produire. Il n'est pas douteux pour moi qu'il ne faille s'en prendre, pour expliquer ce fait aux qualités nocives du suc gastrique.

M. Guéniot. J'ai une simple question à poser à M. Terrillon. N'est-il pas possible de reconnaître avant l'opération cette suracidité du suc gastrique dont il nous a parlé? Les individus chez qui elle existe ne présentent-ils pas des troubles digestifs qui permettent de la soupçonner?

M. Terrillon. Je ne partage pas la manière de voir de M. Sée. Je lui ferai remarquer, en effet, que les accidents dont j'ai parlé ne se sont pas produits le premier jour, mais seulement vers le cinquième, dans le cas de M. Tuffier, comme dans le mien. Il est certain, d'autre part, que cet accident est très rare, qu'il n'a été observé que de loin en loin, bien que le nombre des gastrostomies pratiquées soit relativement considérable. Enfin la suracidité du suc gastrique est bien mise en évidence par l'action si prompte et si efficace des alcalins, du bicarbonate de soude à haute dose.

A M. Guéniot, je réponds que mon malade, qui n'était pas un

cancéreux, avait une dyspepsie douloureuse qui aurait peut-être dû donner l'éveil. Je ne puis rien dire, sur ce point spécial, du malade de M. Tuffier, l'attention n'ayant pas été attirée de ce côté.

M. ROUTIER. J'ai récemment fait une gastrostomie chez un vieux cancéreux. Au bout de quelques jours est survenue une rougeur de la plaie et de la tendance à l'ulcération. Il a suffi de quelques injections de bicarbonate de soude pour arrêter la complication menaçante.

Lecture.

M. AUFFRET lit un travail sur : 1° *une gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage ;* 2° *une hernie inguinale étranglée chez un enfant de 20 mois ;* 3° *les procédés applicables aux amputations du pied.* (Commissaire : M. Routier.)

M. NIMIER lit un travail sur *les effets produits sur l'oreille par la détonation des armes à feu.* (Commissaire : M. Chauvel.)

M. CHAVASSE lit un travail sur l'*extirpation d'un kyste synovial tibio-tarsien et d'une tumeur veineuse de la région malléolaire.* (Commissaire : M. Tillaux.)

Présentation de pièces.

Kyste à grains riziformes. Inoculation. Tuberculose généralisée.

M. PAUL REYNIER. J'ai l'honneur de vous présenter des pièces provenant d'un cobaye, inoculé sur ma demande par M. Wurtz, préparateur de M. Straus, avec la partie centrale d'un grain riziforme, que je lui avais remis, et qui avait été extrait d'une synovite tendineuse de la paume de la main. Il est facile d'y constater les lésions multiples de la tuberculose généralisée ; poumons, rate, intestins offrent des lésions tuberculeuses très nettes. Au point d'inoculation s'est formé un abcès, dans le pus duquel M. Wurtz a trouvé des bacilles en petite quantité. Ce fait est intéressant, car, si la nature bacillaire de certaines synovites chroniques est aujourd'hui incontestée, il n'en est pas de même de la nature des grains riziformes. Seuls MM. Poulet et Nicaise ont observé une fois quelques rares bacilles *dans les parois* d'un grain riziforme ; tous les autres examens histologiques, faits depuis, ont été négatifs. C'est inutilement que M. Wurtz a cherché par les méthodes d'Erhlich et de Ziehl, sur de nombreuses coupes, le bacille de Koch ; l'inoculation positive cependant a levé tous les doutes.

En 1886, M. Terrillon venait à la Société parler d'un fait analogue au nôtre; sur des coupes provenant d'un grain riziforme qu'il avait remis à M. Martin, celui-ci avait inutilement cherché les bacilles ; l'inoculation du grain avait déterminé comme dans notre cas une tuberculose généralisée. Tout dernièrement, M. Wallich signalait à la Société de biologie un fait identique.

Je complète cette communication en déposant la note, que m'a remise M. Wurtz, et qui donne tous les détails, sur les différentes recherches qu'il a faites.

Note de M. Wurtz. — Les grains riziformes remis au laboratoire de M. le professeur Straus par M. le docteur Reynier, qui y soupçonnait la présence de bacilles tuberculeux, ont été l'objet des recherches suivantes :

1° Un grand nombre de ces grains ont été montés dans la celloïdine et coupés ; les coupes, traitées par les méthodes d'Erlich et de Ziehl, n'ont pas montré de bacilles de Koch.

2° Des parcelles prélevées avec pureté au centre des grains ont été semées sur la gélose glycérinée et mise pendant un mois dans l'étuve à 38°. Tous ces tubes sont restés stériles, à l'exception de 3 ou 4 qui ont été contaminés par des moisissures.

3° Enfin on a inoculé un jeune cobaye, sous la peau du ventre, avec des particules prélevées *au centre* d'un grain, dûment flambé à sa surface, puis fendu avec un scalpel stérile.

Ce cobaye a été isolé et n'a montré pendant trois semaines aucun symptôme particulier. Rien au point d'inoculation. Augmentation de poids normale. Entre la troisième et la quatrième semaine, il se forme au point d'inoculation un petit abcès de la grosseur d'un pois. En même temps, on observe une adénite inguinale gauche. Le pus de cet abcès montre à l'examen bactériologique des bacilles de Koch. Presque toutes les préparations en contenaient, mais en petit nombre.

Le cobaye est sacrifié 10 semaines après l'inoculation. Il est notablement amaigri. On trouve à l'autopsie une tuberculose viscérale généralisée. La rate, le foie, les poumons sont farcis de tubercules ainsi que les intestins, principalement le gros intestin. Les poumons sont remplis de masses caséeuses. Les gauglions mésentériques et les ganglions inguinaux qui sont de la dimension d'un gros pois sont également caséeux. L'examen bactériologique de ces organes a montré, dans tous les cas, de nombreux bacilles de Koch.

Les parcelles insérées sous la peau de ce cobaye ont donc d'abord donné lieu à un abcès tuberculeux, au point d'inoculation, puis à une infection tuberculeuse généralisée. Ces parcelles contenaient donc des bacilles de Koch virulents.

Élection d'un membre titulaire.

Nombre de votants, 24. — Majorité, 13.

MM. Jalaguier élu	17	voix.
Brun	4	—
Delorme	3	—

La séance est levée à 5 heures 25 minutes.

Le Secrétaire,
CH. MONOD.

Séance du 19 décembre 1888.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de remercîments de M. JALAGUIER, nommé membre titulaire dans la dernière séance ;

3° *Leçons de clinique chirurgicale de l'hôtel-Dieu de Lyon*, par le Dr DANIEL MOLLIÈRE, membre correspondant national.

A propos du procès-verbal.

Kystes à grains riziformes.

M. TERRILLON. Je tiens, à propos de la dernière communication de M. Reynier, à rectifier sur un point le récit du fait dont je vous

ai entretenus, il y a deux ans. Je vous présentais, en 1886, un malade que j'avais opéré, par incision, d'un kyste à grains riziformes de la région du poignet. Je vous disais qu'il nous avait été impossible, à cette époque, de trouver, soit dans le contenu du kyste, soit dans ses parois, les bacilles caractéristiques de la tuberculose. Depuis lors, l'examen de ce cas a été poursuivi par M. Martin à qui j'avais confié mes pièces. Or, il résulte d'une note que M. Martin m'a ultérieurement remise, que trois lapins auxquels il a inoculé des parcelles de grains riziformes, provenant de mon malade, sont morts de tuberculose. Depuis lors, M. Wallich, à la Société de biologie (séance du 17 novembre 1888), a présenté une série de cas semblables.

Il résulte de l'ensemble de ces faits que l'examen microscopique du contenu d'un kyste synovial peut être absolument négatif sans qu'il faille pour cela conclure à la nature non tuberculeuse de l'affection. L'inoculation, comme M. Martin paraît l'avoir montré le premier, est absolument nécessaire pour arriver sur ce point à la certitude.

J'ajoute que j'ai eu occasion, tout récemment encore, de revoir mon opéré de 1886; il se porte parfaitement bien, et rien ne paraît faire craindre chez lui l'éclosion d'accidents tuberculeux.

M. L. Championnière. Les pièces qui ont servi de base à la communication de M. Wallich ont été recueillies dans mon service. Elles proviennent d'un homme atteint à la fois de tumeur blanche du genou et de kystes à grains riziformes de l'avant-bras. Je sais que, dans ce cas aussi, la recherche des bacilles dans les grains extraits du kyste a été absolument négative.

M. Reynier. J'ai fait et fait faire cette recherche dans bon nombre de cas. Or, dans tous, sauf dans un seul, il n'a abouti à rien. Dans le seul où des bacilles ont été découverts, ils étaient dans la paroi du kyste, ce qui est moins démonstratif. Comme l'a dit M. Terrillon, il faut inoculer ces produits pour arriver à la démonstration du fait.

M. Monod. La remarque que M. Reynier vient de faire pourrait être généralisée. C'est habituellement dans la paroi du kyste, et non dans les parties contenues, que, suivant la plupart de ceux qui se sont livrés à ces recherches, les bacilles peuvent être découverts.

M. Verneuil. L'absence de bacilles à l'examen microscopique est la règle dans toutes les tuberculoses cachées. Ils manquent, par exemple, presque toujours dans les abcès ossifluents, comme

dans les kystes à grains, tandis que dans les tuberculoses ouvertes on les retrouve presque toujours.

C'est pour cela que la méthode française de recherche de la tuberculose, celle inaugurée par Villemin, qui procède par inoculation des produits suspects, est infiniment supérieure à celle des examens directs. On expérimentera de préférence sur des cochons d'Inde; au bout de douze jours on est fixé; si l'inoculation a réussi, on trouve à ce moment une telle éruption sur la rate, le foie, le mésentère que le doute est impossible. Chez le lapin, il faut attendre trente, quarante, cinquante jours, condition tout à fait défavorable pour les études cliniques.

M. Reynier. Je savais que le cochon d'Inde inoculé peut être sacrifié au bout de quinze jours, et qu'à ce moment il est déjà possible d'avoir un renseignement utile. Si dans mon cas nous avons attendu un mois, c'est que nous avons voulu avoir une tuberculose généralisée, et partant tout à fait démonstrative.

J'ajoute que l'inoculation a été faite avec la partie centrale d'un grain riziforme, et non avec un fragment de la paroi du kyste.

Rapport.

Traitement des anévrysmes artériels, par M. Félix Brun.

Rapport par M. Paul Reclus.

Notre collègue, M. le Dr Félix Brun, a lu devant vous un mémoire dont je dois vous rendre compte « sur deux cas d'anévrysmes poplités guéris par la ligature de la fémorale, après échec de la méthode de Ried. »

Ces deux observations peuvent être résumées en quelques mots : dans la première, il s'agit d'un forgeron de 55 ans, qui portait dans le creux poplité gauche un anévrysme artériel du volume d'un œuf de dinde. Le 28 novembre 1885, M. Brun applique la bande d'Esmarch qu'il maintient sous l'anesthésie pendant une heure, puis il l'enlève et lui substitue, pendant cinq heures, la compression digitale. Les battements diminuent, mais sans cesser. Une deuxième tentative du même genre et dans les mêmes conditions échoue encore le 5 décembre. Aussi, le 25, M. Brun pratique la ligature de la fémorale dans le canal de Hunter avec un catgut n° 4, simple et fort, et modérément serré. La réunion immédiate a lieu, et en moins d'un mois la guérison est complète.

La seconde observation est aussi simple : un fondeur de 46 ans

entre à l'hôpital pour un anévrysme artériel du creux poplité, qui gêne la marche et provoque de l'œdème et du fourmillement. Le 21 septembre 1886, M. Brun applique la bande d'Esmarch et la laisse en place pendant une heure sous le chloroforme, puis pratique, pendant quatre heures, la compression digitale, qui ne fut pas absolue, il est vrai ; à quelques reprises, les aides faisaient passer du sang. En tout cas, l'échec fut complet, et le 1[er] octobre M. Brun a recours à la ligature de l'artère au niveau du canal de Hunter avec du catgut n° 4. Les battements cessent d'abord pour reparaître et persister même pendant huit jours ; puis la tumeur s'affaissa et la guérison fut obtenue sans encombre.

Ces deux cas de guérison rapide et complète, obtenus par la ligature antiseptique, ne sont pas isolés, et déjà, en 1886, Poinsot prouvait, par l'analyse de 42 observations, que, depuis l'adoption du nouveau pansement, la suppuration du sac et les hémorrhagies secondaires, les deux accidents les plus graves qu'on reproche à la ligature sont devenus fort rares. M. Brun a fait une statistique nouvelle, et il a relevé, de 1880 à 1888, 33 cas d'anévrysmes artériels poplités, analysés avec soin dans le mémoire qu'il vous a soumis. On y voit que, vingt-six fois, la réunion primitive a été obtenue, que la suppuration n'a été sérieuse qu'une fois, et qu'il n'y a eu que 2 cas de gangrène et 1 d'hémorrhagie secondaire.

Nous avons pu compléter cette statistique en ajoutant aux 33 cas de M. Brun 45 cas différents recueillis par Pierre Delbet, 8 cas de Lister rapportés par M. Championnière dans un article de son journal, et 4 cas de Chiene, relatés par Linon dans sa thèse inaugurale, ce qui fait un total de 82 anévrysmes poplités artériels traités par la ligature. Nous y constatons 4 cas de mort et 5 cas où la gangrène fut assez étendue pour nécessiter l'amputation. Nous laissons de côté les cas d'inflammation, parce que ceux où elle a été grave se confondent avec les cas de mort et de gangrène, et ceux où elle a été légère n'ont que très peu retardé la guérison. 4 morts sur 82 anévrysmes, soit une proportion de près de 5 0/0, c'est encore beaucoup ; mais nous sommes loin, on le voit, des léthalités accusées par les anciennes statistiques. Encore comptons-nous un cas de Schwartz où, vingt jours après l'intervention, des accidents brusques d'asystolie enlevaient le malade ; or, la lecture de l'observation démontre, il me semble, qu'aucun autre mode opératoire n'aurait pu conjurer cette funeste terminaison. Nous trouvons, du reste, que la mort, dans d'autres observations, a été la conséquence d'hémorrhagie secondaire et de suppuration du sac. Évidemment nous ne pouvons ni ne voulons écarter ces cas. Nullement ; mais, en définitive, nous affirmons déjà que, de ce chef, la mortalité deviendra presque nulle le jour où l'on se soumettra

étroitement aux exigences actuelles de l'antisepsie. A cette heure, un chirurgien, vraiment soucieux de sa responsabilité, peut et doit pratiquer, sans accident de ce genre, la ligature d'une artère.

Je crois ne pas être démenti par mes collègues en disant que l'on pourra, dans l'avenir, réduire presque à zéro la mortalité due aux hémorrhagies secondaires et à la suppuration des ligatures artérielles, et il ne nous reste vraiment qu'une complication toujours redoutable, je veux parler de la gangrène dont je trouve 5 cas sur les 82 anévrysmes de ma statistique, soit une proportion de près de 6 0/0. Encore je laisse de côté quelques sphacèles légers et sans importance ; les cas dont je parle sont assez graves pour nécessiter l'amputation du membre. Mais je m'imagine qu'ici encore on pourra gagner quelque peu, et d'après nous les gangrènes seront plus rares lorsqu'on recourra tout d'abord à la ligature, sans fatiguer au préalable les tissus du membre et l'artère en particulier par les manipulations et les violences qu'entraînent avec elles les anciennes méthodes de traitement des anévrysmes.

Nous touchons ici au point capital du débat. Jusqu'ici le traitement des anévrysmes est, dans nos livres, à peu près formulé comme il l'était avant l'antisepsie, et la plupart des chirurgiens, par crainte des accidents septiques et des hémorrhagies secondaires ont recours d'abord aux procédés non sanglants, la bande d'Esmarch, la flexion forcée et la compression digitale. Ils ne songent à la ligature qu'après l'échec réitéré de l'une ou l'autre de ces méthodes, si même on n'essaye pas de toutes successivement. Ne voyons-nous pas M. Brun traiter ses deux anévrysmes poplités par la bande élastique et la compression digitale avant de tenter la ligature.

Nous pensons qu'il faudrait rompre avec ces habitudes. Les méthodes non sanglantes d'abord n'ont pas l'innocuité qu'on leur prête : outre qu'elles sont douloureuses et que, lorsque les séances n'en sont pas trop longues, elles nécessitent l'anesthésie, on signale des accidents plus graves, des raideurs articulaires, des arthrites, des embolies, des thromboses, des gangrènes, et, dans un relevé portant sur 73 anévrysmes poplités traités par la bande élastique, Delbet compte 4 sphacèles dont 3 assez étendus pour nécessiter l'amputation du membre. La compression digitale et la flexion forcée en ont fourni un moins grand nombre; néanmoins Delbet en a relevé 3 cas sur 144 anévrysmes du même siège traités par les autres procédés de compression.

Mais ce qui fait l'infériorité incontestable des méthodes non sanglantes, c'est leur extrême inefficacité : la flexion forcée échoue dans une proportion de 64 0/0; l'enveloppement avec la bande d'Esmarch ne donne pas encore 50 0/0 de succès, chiffre qu'on atteint à peine avec avec la compression digitale, de telle sorte qu'en pre-

nant en bloc les procédés non sanglants on peut dire qu'ils ne guérissent pas un anévrysme sur deux. C'est peu lorsqu'on songe aux longues et douloureuses séances auxquelles le patient a dû se soumettre pour aboutir si souvent à ce résultat négatif.

Ce n'est pas tout : nous pensons que ces compressions prolongées provoquent souvent des thromboses dans les petits vaisseaux souvent altérés déjà par la syphilis et l'alcoolisme; dans d'autres cas des débris de caillots friables de sac peuvent être détachés par l'irruption trop large du sang dans l'anévrysme et vont former quelque embolie: embolies et thromboses qui favorisent évidemment la gangrène, lorsque, après échec des procédés non sanglants, on est forcé de recourir à la ligature.

Delbet nous montre que, sur 20 anévrysmes poplités traités par ce système, après échec de la bande élastique, 3 se sont terminés par la gangrène. Dans le cas de Bardeleben, la compression est pratiquée pendant 10 jours sur la fémorale, puis on lie l'artère, et la gangrène survient; le membre fut amputé et l'on constata l'existence de petites thromboses localisées dans plusieurs artères au voisinage des foyers de gangrène.

Nous pensons que la gangrène deviendra très rare lorsque la ligature deviendra la méthode de choix et portera sur un membre et sur une artère qui n'auront eu à subir aucune des manipulations des manœuvres non sanglantes. Nous n'avons eu qu'une fois à traiter un anévrysme artériel et nous avons été frappé de la simplicité avec laquelle la ligature amène la guérison. Il s'agissait d'un épileptique de 8 ans qui portait à cheval sur l'axillaire et l'humérale un anévrysme fusiforme du volume d'un petit œuf. Le 27 juillet 1887 je place un catgut sur l'artère humérale, juste au-dessus de l'anévrysme: la poche s'affaisse, la réunion immédiate est obtenue et, au bout de 3 semaines, l'opéré quittait l'hôpital.

Une question se pose: où faut-il placer le fil ? Juste sur l'anévrysme, ou peut-on s'éloigner du sac et choisir le point où l'artère est le plus facilement accessible ? Autrefois on s'éloignait volontiers de la tumeur par crainte des hémorrhagies secondaires et des inflammations propagées. Maintenant qu'on n'a plus à craindre ces accidents, il faudrait s'approcher le plus possible de l'anévrysme. En effet, quand on lie loin du sac, il se forme deux oblitérations sur le trajet de l'artère ; l'une au niveau de la ligature, et l'autre au niveau de l'anévrysme; deux cercles anastomatiques doivent alors s'organiser pour rétablir la circulation. Tandis que, lorsqu'on lie au niveau du sac, les deux cercles anastomatiques se confondent ou, pour mieux dire, il n'y en a plus qu'un : condition favorable à l'irrigation des tissus; la gangrène doit être théoriquement plus rare.

Certes, quand on le peut, on placera le fil juste au-dessus du

sac ; c'est ce que nous avons fait dans notre anévrysme axillaire. Mais dans certains cas, au creux poplité, par exemple, où il est souvent difficile d'apprécier nettement les limites de l'anévrysme, où une dissection étendue dans une région délicate sera peut-être nécessaire, on peut placer le fil plus haut et dans la plupart des observations, en particulier dans celles de Brun, la ligature a été pratiquée au niveau du canal de Hunter. Dans nombre de faits, c'est même plus haut, à la partie moyenne, au sommet ou au milieu du triangle de Scarpa que la ligature a été faite.

Faut-il aller plus loin dans la voie des méthodes sanglantes et préférer à la ligature l'extirpation du sac? Certains auteurs, entre autres M. Delbet, défendent cette thèse avec ardeur. Malgré le talent déployé par M. Delbet, nous n'avons pas été convaincu et nous préférons la ligature, opération simple, facile et reglée, à l'extirpation, intervention irrégulière, difficile et qui souvent nécessite de grands délabrements. Elle nous semble un procédé d'exception appelé à rendre des services, mais dans un nombre limité de cas.

Aussi, je crois pouvoir conclure que les méthodes non sanglantes doivent être abandonnées, non seulement parce qu'elles sont lentes, douloureuses et inefficaces, mais aussi parce qu'après leur échec, observé dans plus de la moitié des cas, elles nuisent à la ligature à laquelle on est forcé d'avoir recours. C'est donc par la striction de l'artère, le plus près possible du sac, qu'on traitera les anévrysmes artériels des membres ; en un mot, la ligature est le procédé de choix.

J'ai l'honneur de vous proposer : 1° d'adresser nos remerciements à M. Brun; 2° de publier son mémoire dans nos Bulletins.

A propos de deux cas d'anévrysmes poplités, guéris par la ligature antiseptique de l'artère fémorale, après insuccès de la méthode de Reid, par M. Brun.

Dans une récente communication à la Société de chirurgie, M. Lucas-Championnière a longuement insisté sur les avantages que le catgut *bien préparé* présentait pour la ligature des gros troncs artériels dans la continuité. Ayant eu l'occasion d'appliquer deux fois avec succès la ligature au catgut de la fémorale à la cure d'anévrysmes de l'artère poplitée, j'ai pensé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à faire connaître ces deux faits.

Observation I. — D... (Xavier), 55 ans, forgeron, est entré, le 15 novembre 1885, pour une fracture de la clavicule, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. B. Anger, que j'étais chargé de suppléer.

Treize mois auparavant, étant à Auxerre où il faisait les vendanges, se fatiguant beaucoup à porter des paniers, il ressentit un jour une vive douleur dans le creux du jarret. Il y porta la main et sentit une tumeur grosse comme une bille, qui s'est accrue peu à peu en déterminant des élancements dans le genou et dans la jambe. Ces élancements surviennent par accès et surtout après une journée de fatigue.

État actuel. Dans le creux poplité gauche tumeur présentant le volume d'un gros œuf de dinde. La peau a conservé son aspect normal et le soulèvement de la région s'est effectué de la façon la plus régulière. L'œil y perçoit des mouvements isochrones au pouls, et la main des soulèvements rhythmés et une expansion totale. A l'auscultation, bruit de souffle systolique. La tumeur est formée d'une poche très souple et aisément réductible. Quand on comprime l'artère fémorale, la tumeur poplitée s'affaisse et les battements disparaissent totalement. Les pulsations de l'artère pédieuse de ce côté semblent plus faibles que ceux du côté droit. Dans la jambe et la cuisse gauche, aucun trouble appréciable de la sensibilité, du mouvement, ou de la circulation. Toutefois, la circonférence du mollet du côté malade dépasse de un centimètre et demi celle du mollet du côté sain. Les artères radiales et fémorales sont sensiblement athéromateuses au toucher. Les battements du cœur sont bien frappés, mais d'un timbre métallique. Pas de syphilis. Alcoolisme certain.

Le diagnostic d'anévrysme poplité artériel s'imposant, je décide de le traiter sans retard par la méthode de Reid. Une première tentative de compression élastique est faite, le 28 novembre 1885. Le malade est endormi à l'aide du chloroforme. Enveloppement du membre inférieur gauche avec la bande d'Esmarch, depuis le pied jusqu'à la racine de la cuisse, en épargnant l'anévrysme. Cette compression est maintenue pendant une heure. On lui substitue sans interruption la compression digitale de la fémorale pratiquée au niveau de l'arcade et maintenue pendant cinq heures. Cette compression est peu douloureuse, le malade étant maintenu dans un état de somnolence à l'aide du chloral. Après la cessation de la compression digitale, le membre est enveloppé d'ouate et immobilisé. Le lendemain on constate que les battements ont certainement diminué, mais qu'ils existent encore. Les jours suivants, ils redeviennent plus aisément perceptibles, et la tumeur qui avait tout d'abord augmenté de consistance, se ramollit de nouveau.

Une deuxième tentative de compression est faite le 5 décembre. Elle amène aussi tout d'abord une diminution des battements et un durcissement de la poche, mais l'amélioration n'est que passagère, et dans les derniers jours de décembre, la tumeur paraissant s'accroître d'une façon assez rapide, je me décide à pratiquer la ligature de l'artère fémorale.

Le 25 décembre, aidé par mon collègue et ami Jalaguier, je lie la fémorale dans le canal de Hunter. La découverte et l'isolement de l'artère sont faciles. L'artère est liée à l'aide d'un catgut n° 4, très souple, et modérément serré. Réunion de la plaie à l'aide de 3 points

de suture au crin de Florence. Drainage. Pansement avec iodoforme et Lister. La jambe et le pied sont enveloppés d'ouate et entourés de boules d'eau chaude.

25 *décembre*. Température soir, 37°,3. Le pied et la jambe sont chauds. Aucune douleur. Plus de battements dans la tumeur.

26 *décembre*. Température matin, 37°; soir, 37°,2.

30 *décembre*. Depuis l'opération, la température a oscillé toujours régulièrement entre 37° et 37°,4. Je change le pansement qui, à part quelques taches sanguines, est aussi propre que le premier jour. J'enlève le drain et les crins de Florence. Même pansement. La tumeur à déjà nettement diminué de volume. Elle est dure et sans battements.

4 *janvier*. Deuxième pansement. La cicatrisation est complète. La tumeur ne présente plus que le volume d'une grosse noix et a partout une consistance très dure. Plus de pansement.

30 *janvier*. La tumeur est difficile à sentir dans la profondeur du creux poplité. Elle conserve à peine la grosseur d'une noisette. Le malade a commencé à se lever depuis deux jours. Il exécute le plus aisément du monde tous les mouvements de l'articulation du genou.

10 *mars*. Depuis six semaines, D... se lève tous les jours et aide au service de la salle. Il ne ressent dans sa jambe gauche ni douleurs ni gêne. On ne trouve dans le creux poplité qu'une induration profonde difficile à noter et à délimiter. Exeat.

Obs. II (recueillie par M. Hartmann, interne de service). — W..., âgé de 46 ans, fondeur, entre le 16 septembre 1886 à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Duplay, suppléé par M. le Dr Brun.

Un mois environ auparavant, il avait constaté la présence dans le jarret d'une tumeur, dès son apparition, animée de battements. Le volume de la tumeur et l'intensité des battements augmentèrent graduellement sans s'accompagner d'œdème ou de fourmillements dans la jambe. C'est la gêne de plus en plus grande de la jambe qui décide le malade à se faire traiter.

Dans les antécédents peu de chose à noter. Pas de syphilis. Quelques excès alcooliques. Jamais il n'y a eu de traumatisme au niveau du creux poplité ; mais il y a quatre ou cinq ans, sans cause connue, sans constatation de tumeur à la partie postérieure du genou, celui-ci se tuméfia pendant 3 semaines environ.

La douleur légère et la tuméfaction disparurent à la suite de l'application sur le genou de quelques vésicatoires volants.

20 *septembre*. Au niveau du creux poplité, tuméfaction animée de battements perceptibles à la vue. Pas d'altération de la peau à son niveau. A la palpation, tumeur tendue et rénitente, occupant presque tout le creux poplité, dont l'angle supérieur seul est libre. Cette tumeur, indépendante de la peau et des parties superficielles, présente des battements et un mouvement d'expansion isochrones au pouls radial. Par la compression de l'artère fémorale, la tumeur diminue et cesse de battre. Bruit de souffle très net. Un œdème malléolaire léger, qui existait le jour de l'entrée à l'hôpital, a actuellement

disparu. Toutefois, le mollet droit est encore plus gros (31 centimètres de circonférence) que le gauche (28 centimètres). Il n'y a pas de fourmillement dans le membre; pas de dilatation veineuse marquée, à part une légère augmentation du réseau veineux situé au-devant et sur les parties latérales du genou. L'articulation contient un peu de liquide mais sans pulsation, ni expansion. L'état général est bon. Rien dans les autres vaisseaux, ni au cœur; pas d'albuminurie.

21 *septembre*. Tentative de compression par la méthode de Reid. Anesthésie. La bande d'Esmarch est appliquée et laissée pendant une heure; puis la compression digitale de la fémorale, commencée au moment du réveil du malade, est continuée pendant quatre heures. Cette compression n'a pas été absolue et, à diverses reprises, les aides, qui se relayaient, ont laissé passer un peu de sang.

22 *septembre*. Les battements et l'expansion ont un peu diminué.

1er *octobre*. La tumeur continuant à battre et ne se modifiant nullement, M. Brun endort de nouveau le malade et lie avec un catgut nº 4, très souple, la fémorale dans le canal de Hunter. Trois points de suture au crin de Florence. Drainage. Pansement de Lister. Les battements cessent immédiatement dans l'anévrysme; la tumeur s'affaisse, et la jambe se refroidit. On cherche à la réchauffer par l'enveloppement ouaté et l'application de boules d'eau chaude. A deux heures de l'après-midi, quatre heures après l'opération, le pied droit est encore plus froid que le gauche; à quatre heures, il semble à la main qu'il ait repris la même température. Température, soir, 36°,4.

3 *octobre*. Posant la main dans le creux poplité on y constate des battements très nets. Température matin, 36°,6; soir, 37°,1.

4 *octobre*. Les battements ont augmenté. Température matin, 37°; soir, 37°,2.

6 *octobre*. Premier pansement. On enlève le drain et les points de suture. Pas une goutte de pus.

7 *octobre*. On sent très bien, à travers les pièces de pansement, des battements et un mouvement d'expansion.

8 *octobre*. Les battements ont presque complètement disparu.

11 *octobre*. Deuxième pansement, tout est parfaitement réuni. L'anévrysme a une consistance ferme; il ne bat plus. Le malade croit cependant qu'il y a de temps à autre quelques battements.

Rien de spécial à noter dans les jours qui suivent.

8 *novembre*. On permet au malade de se lever.

30 *novembre*. Il part pour Vincennes, marchant assez facilement et portant dans le creux poplité une tumeur arrondie, très dure, sans aucun battement. La cicatrice de la ligature est linéaire et encore légèrement rosée.

6 *février* 1887. Après être resté quatre semaines à Vincennes, le malade est rentré chez lui et a commencé à travailler un peu. Depuis le 15 février, il a repris ses occupations et n'en a éprouvé aucune gêne, bien que son travail soit pénible et l'oblige la moitié du temps à rester à genoux. Il est actuellement impossible,

malgré les plus attentives recherches de retrouver traces de l'anévrysme.

Ces deux observations peuvent être considérées, je crois, comme des exemples des plus nets de la simplicité avec laquelle évoluent les ligatures résorbables des grosses artères lorsqu'elles sont pratiquées avec toutes les précautions antiseptiques désirables. Elles viennent, en outre, s'ajouter à beaucoup d'autres pour modifier sensiblement l'opinion autrefois formulée sur la valeur de la ligature appliquée au traitement des anévrysmes.

Dans un intéressant mémoire publié en 1881 à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, le Dr Poinsot s'est attaché déjà à mettre en relief cette particularité importante. Pour ne parler que de ce qui a trait à l'anévrysme poplité, il a montré, par l'examen d'une statistique de quarante-deux cas, que, depuis l'adoption des méthodes antiseptiques, les deux complications les plus fréquentes et les plus redoutables de la ligature, la gangrène et l'hémorrhagie secondaire, n'avaient été observées que dans un nombre très restreint de faits.

J'ai relevé, à mon tour, dans les divers recueils périodiques, les cas d'anévrysmes poplités traités par la ligature depuis 1880, date de la publication du mémoire de M. Poinsot. J'ai recueilli ainsi trente et une observations dont je reproduis ici les traits les plus importants :

Czerny, *Berlin. klin. Woch.*, 1880, n° 19, p. 279. — Homme, 40 ans. Insuffisance et rétrécissement aortiques. Anévrysme poplité. Ligature de la fémorale à la partie moyenne. Réunion par première intention. Le malade succomba un an plus tard à son affection cardiaque. La pièce montra à la place de l'ancienne tumeur, dont le volume était celui du poing, un épaississement de la grosseur d'une amande.

Dunlop, *Glasgow med. Journ.*, 1880, v. 14, p. 414. — Homme, 36 ans. Anévrysme poplité droit. Essai infructueux de la compression et de l'iodure de potassium. Le 9 octobre, ligature antiseptique de la fémorale au catgut phéniqué. Guérison par première intention.

Bellamy, *Brit. med. Journ.*, 1881, t. I, p. 882. — Trois cas d'anévrysmes poplités, traités par la ligature de la fémorale superficielle.

1er *cas*. Homme, 29 ans. Anévrysme poplité gauche. Ligature avec aorte de bœuf en octobre 1879. Guérison par première intention.

2e *cas*. Même sujet. Anévrysme poplité droit. Ligature avec catgut à l'acide chromique le 10 février. Guérison par première intention.

3e *cas*. Homme, 56 ans. Anévrysme poplité droit traité sans succès par la bande d'Esmarch. Ligature de la fémorale le 11 avril, avec aorte de bœuf. Guérison par première intention.

Mac Carthy, *The Lancet*, 7 janvier 1882. Anévrysme poplité traumatique. Ligature au catgut. Guérison après suppuration partielle de la plaie. Pas d'élimination du fil.

Clarke, *The Lancet*, 3 juin 1882. — Anévrysme poplité diffus. Ligature au catgut. Guérison par première intention.

Haward, *The Lancet*, juin 1883. — Anévrysme poplité. Ligature au catgut. Guérison par première intention. Le malade meurt, trente-trois jours après, d'hémorrhagie cérébrale. Le catgut est retrouvé intact.

BARWELL, *Med. Times*, 1884, t. II, p. 555. — Double anévrysme :

1er *cas*. Anévrysme poplité gauche. Ligature de l'artère fémorale superficielle avec aorte de bœuf le 30 novembre 1883. Guérison par première intention.

2e *cas*. Même sujet. Anévrysme poplité droit. Ligature de la fémorale superficielle avec aorte de bœuf le 17 janvier 1884. Guérison par première intention.

MERRANT-BAKER, *The Lancet*, 8 mars 1884. — Anévrysme poplité. Double ligature au tendon de kanguroo. Section de l'artère entre les deux ligatures. Guérison par première intention.

WALSHAM, *Med. Times*, 1884, t. II, p. 813. — Double anévrysme.

1er *cas*. Anévrysme poplité droit. Le 24 août, ligature de la fémorale droite dans le triangle. Double ligature au tendon de kanguroo et section de l'artère entre les deux. Guérison par première intention.

2e *cas*. Anévrysme poplité gauche (même sujet). Le 22 septembre, même opération. Guérison par première intention, mais plaque de gangrène superficielle du pied, de l'étendue de la paume de la main.

BAIGENT, *Brit. Med. Journ.*, 1885, t. I, p. 942. — Deux cas :

1er *cas*. Anévrysme poplité. Ligature de la fémorale à la pointe du triangle avec catgut phéniqué. Légère suppuration et cependant guérison sans hémorrhagie. Pas d'élimination du fil.

2e *cas*. Homme, 28 ans. — Anévrysme poplité. Ligature de la fémorale avec catgut phéniqué. Guérison par première intention.

BEATSON. *Glasgow, Med. Journ.*, 1885, t. XXIII, p. 369. — Homme, 38 ans. Anévrysme poplité droit. Insuccès de la compression. Ligature de la fémorale au catgut phéniqué. Guérison par première intention.

MORELLI, *Il Morgagni*, 1885, 1re partie, p. 119. — Homme, 35 ans. Anévrysme poplité droit de la grosseur d'un citron. Ligature de la fémorale dans le triangle de Scarpa. La ligature fut faite le 21 décembre à l'aide de *trois fils cirés* en soie phéniquée, coupés à ras. Drainage et réunion Lister. Suppuration. Le 31 decembre, hémorrhagie secondaire qui nécessite une double ligature secondaire de la fémorale. Guérison.

GRAY, *The Lancet*, 1885, t. II, p. 1140. — Homme atteint d'anévrysme de l'artère poplitée droite. Le 11 décembre, ligature de la fémorale dans le triangle de Scarpa à la soie phéniquée. Iodoforme et pansement antiseptique. Guérison par première intention.

HOUSTON, *The Med. Record.*, 1885, vol. XXVIII, p. 684. — Homme, 28 ans. — Anévrysme poplité. Le 19 octobre, ligature de la fémorale à l'entrée du canal de Hunter. Fil de soie phéniquée. Guérison par première intention.

FISHER, *British, Med. Journ.*, 1885, vol I, p. 1115. — Homme atteint d'un anévrysme poplité inutilement traité par l'iodure de potassium et la compression. Le 9 décembre, ligature de la fémorale au sommet du triangle de Scarpa. Fil de soie phéniquée. Sutures et pansement antiseptique. Guérison par première intention.

BOURSIER, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1885-86, no 10, p. 89. — Anévrysme poplité volumineux. Tentatives de compression suivies

d'augmentation brusque du volume de la tumeur et de menaces d'ouverture spontanée par inflammation du sac. On fait dans ces conditions la ligature de la fémorale (catgut n° 4). Trois jours après. gangrène des deux tiers inférieurs de la jambe qui, au quinzième jour, nécessite l'amputation de la cuisse; à l'autopsie du membre : gros sac anévrysmal très adhérent aux organes voisins. Veine réduite au niveau de la poche à sa paroi postérieure, de sorte que sa lumière était totalement obstruée. Thrombose du tronc tibio-péronier par compression de la tumeur. Au niveau de la ligature, le calibre de l'artère est rétréci mais perméable. Pas trace du catgut qui a été résorbé en vingt jours.

MORRANT-BAKER et BRUCE-CLARKE, *The Lancet*, 13 mars 1886, p. 489. — Homme, 38 ans. Anévrysmes poplités droit et gauche, traités sans succès par la compression.

1° 6 *janvier*. Ligature de la fémorale droite à la pointe du triangle. Tendon de kanguroo. Deux ligatures et section de l'artère entre les deux. Guérison par première intention.

2° 12 *janvier*. Même opération et même résultat à gauche.

ED. SCHWARTZ, *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1886, p. 828. — Homme, 50 ans. Athérome et artério-sclérose généralisée. Anévrysme poplité du côté droit. Tentatives infructueuses de compression (bande élastique, flexion). Le 2 novembre 1886, ligature de la fémorale à l'anneau. Catgut phéniqué n° 4. A la suite de l'opération, accidents d'asystolie. Mort le 23 novembre. Catgut résorbé. Artère oblitérée au-dessus et au-dessous du point lié.

TRÉLAT, *Ibid.*, 1884, p. 327. — Homme, 50 ans. Anévrysme poplité gauche diffus; insuccès de la compression longtemps prolongée. Menaces de rupture. Ligature de la fémorale à la pointe du triangle de Scarpa, le 28 décembre 1878, à l'aide d'un fil de soie phéniquée. Pansement au coton phéniqué. Le fil de soie n'a pas été coupé au ras. Marche régulière de la plaie. Le 1er février, trente-quatre jours après l'opération, chute du fil provoquée par une légère traction, mais on constate que l'anse et le nœud sont dans la plaie et que les deux chefs se sont rompus au-dessus du nœud. Guérison immédiate de la plaie. Guérison de l'anévrysme.

J. SMITH, *Bristish Med. Journ.*, 17 septembre, 1887, p. 625. — Ligature des deux fémorales pour anévrysmes poplités. 1° *Côté gauche.* Le 27 juillet 1886, ligature de la fémorale au sommet du triangle au tendon de kanguroo. Spray-Lister. Guérison par première intention. 2° *Côte droit.* Le 12 avril 1887. Ligature de la fémorale au sommet du triangle au tendon de kanguroo. Mêmes précautions antiseptiques. Guérison par première intention.

SIDNEY JONES, *British Med. Journ.*, 1er octobre 1887, p. 719. — 1° Homme, 25 ans. Anévrysme poplité du côté droit, insuccès de la compression. Le 9 mars, la fémorale est liée à l'aide de deux fils de soie phéniquée et coupée entre les deux ligatures. Pansement iodoformé. Guérison en seize jours. Très légère suppuration superficielle. 2° Le même malade a été opéré d'un anévrysme du côté gauche en 1883. La ligature fut faite par Wherry à Cambridge. Pas de renseigne-

ments sur la nature du fil. Guérison en dix jours sans suppuration.

ROBERT WEIR, *Annals of Surgery*, 1887, t. VI, fasc. 1er, p. 48. — L'auteur rapporte deux cas d'anévrysmes poplités traités par la ligature de la fémorale. Pas de renseignements sur la nature du fil employé. Précautions antiseptiques vagues. Dans les deux cas, la plaie de la ligature guérit par première intention. Chez l'un des malades il y eut une légère phlébite. Chez le second, le sac suppura plusieurs semaines. Cette suppuration ne fut suivie d'aucun accident.

L'analyse des 33 observations précédentes (y compris les deux miennes) fournit d'intéressants renseignements sur la valeur des ligatures antiseptiques.

Si on considère tout d'abord quelle a été dans ce cas l'*évolution de la plaie*, on voit que 26 fois la réunion par première intention a été obtenue. Sept fois seulement il y a eu suppuration, mais une seule fois elle a été importante, et nous verrons dans un instant de quelle façon l'antisepsie avait été pratiquée dans ce cas.

La suppression des accidents septiques, tant locaux que généraux, a eu sur l'apparition des complications autrefois redoutées l'influence qu'il était aisé de prévoir. Ces complications se sont réduites en effet à :

Hémorrhagie secondaire	1 cas.
Gangrène	2 —
Inflammation du sac	1 —

Déjà satisfaisant en soi, le résultat ainsi obtenu paraîtra plus favorable encore par une analyse approfondie des observations malheureuses. Rien à dire au sujet de l'observation de M. R. Weïr, dans laquelle se trouve mentionnée une inflammation tardive du sac. Notons cependant que les détails manquent relativement à la nature du fil employé et aux précautions antiseptiques prises au cours de l'opération.

Le cas unique dans lequel est survenue une hémorrhagie secondaire mérite, au contraire, un sérieux examen. C'est celui de Morelli auquel nous avons fait déjà allusion en relevant les accidents de suppuration. Outre que le fait seul de l'apparition d'une suppuration abondante est de nature à nous faire songer à quelque faute contre l'antisepsie, la lecture de l'observation nous renseigne pleinement à ce sujet. Il y est dit, en effet, que l'artère une fois découverte et isolée fut liée à l'aide de trois fils de soie *soigneusement cirés*. C'est là, on en conviendra, une ligature qui n'avait vraisemblablement d'antiseptique que le nom.

Des deux cas de gangrène, l'un a été insignifiant, c'est le cas 2 de Walsham où la ligature fut suivie de la production d'une plaque de sphacèle superficiel du pied de l'étendue de la paume de la main. Le second, au contraire (obs. de Boursier), a été un cas de gangrène totale de la jambe et a nécessité l'amputation de la cuisse, mais les résultats fournis par l'examen attentif du membre amputé ne permettent d'attribuer à la ligature dans la production de la gangrène qu'une part bien peu importante. N'est-il pas dit, en effet, dans cette observation que du fait de l'accroissement rapide qu'avait subi l'anévrysme

à la suite d'une tentative de compression, « la veine poplitée était réduite au niveau de la poche à sa paroi postérieure, de sorte que sa lumière était totalement obstruée, » et qu'il existait en même temps « une thrombose étendue du tronc tibio-péronier, de la tibiale postérieure et de la péronière par compression de la tumeur ».

Reste à envisager encore la question de la *mortalité*, question importante si l'on se reporte aux statistiques anciennement publiées. Cette mortalité s'élevait, en effet, à 44 0/0 dans la statistique revisée de Roux, à 31 0/0 dans la statistique de B. Philipps, à 24,5 0/0 dans celle de Norris.

Sur les 33 observations que j'ai recueillies, une seule fois, l'opération peut être accusée d'avoir occasionné la mort. Personne, je pense, ne songera à attribuer à la ligature le décès du malade de Haward qui, 33 jours après l'opération, a succombé à une hémorrhagie cérébrale.

Le seul cas pour lequel la ligature peut être mise en cause, est celui de Schwartz concernant un cardiaque, qui, vingt jours après l'opération, a été enlevé par des accidents brusques d'asystolie. Sans vouloir nier en quoi que ce soit l'influence funeste de l'opération dans ce cas, il est juste, je crois, de faire remarquer que, les tentatives de compression n'ayant chez ce malade produit aucune amélioration et l'anévrysme menaçant de se rompre, une intervention sanglante devenait nécessaire et urgente. Toute autre que la ligature eût, à n'en pas douter, abouti au même résultat.

Ce qui, en résumé, découle naturellement de la lecture et de l'analyse des observations recueillies tant par Poinsot que par moi-même, c'est que le pronostic de la ligature appliquée au traitement des anévrysmes poplités s'est, depuis la méthode antiseptique, modifié du tout au tout.

Ce point établi, il est bon de rechercher si la nature du lien résorbable employé a, par elle-même, une influence sur l'apparition des complications qui, dans quelques cas, ont encore été observées ? Cette mention de la nature du lien constricteur n'a été faite que dans 29 des 33 observations que j'ai analysées.

Douze fois le catgut a été employé, et dans huit de ces cas la réunion par première intention a été obtenue. Deux fois il y eut suppuration partielle de la plaie, mais sans élimination du lien. Les deux autres cas concernent les malades de Schwartz et de Boursier qui ont présenté des accidents sur l'apparition desquels la nature du fil n'a pu avoir aucune influence.

Dans quatre cas la ligature a été faite avec le tendon de Kanguroo, et quatre fois la réunion par première intention a été obtenue.

Le même succès a été obtenu avec l'aorte de bœuf qui, employée sept fois, a fourni sept réunions primitives. C'est dans un de ces cas qu'il y eut une gangrène superficielle du pied.

Six fois enfin, c'est à la soie phéniquée que l'on a eu recours avec trois réunions primitives, deux suppurations légères et une suppuration grave suivie bientôt d'hémorrhagie secondaire.

Les chiffres qui précèdent sont évidemment trop restreints pour permettre de formuler une conclusion ferme au sujet de la valeur de tel ou tel lien constricteur. Il n'en ressort pas moins très nettement, nous semble-t-il, que les fils aisément résorbables (catgut, tendon de Kanguroo, aorte de bœuf) présentent sur la soie, au point de vue de la production des accidents septiques, un réel avantage et ne lui sont en rien inférieurs relativement à la sûreté de l'hémostase qu'ils déterminent.

De ce que la ligature antiseptique appliquée au traitement des anévrysmes ne présente plus qu'une gravité très restreinte, s'ensuit-il qu'elle doive, de parti pris, être en premier lieu mise en œuvre et préférée à la compression? Loin de moi cette pensée et la compression restera encore, sauf urgence, la première méthode à laquelle on devra recourir, ne fût-ce que pour cette raison toute simple qu'après son échec la ligature n'en restera pas moins possible et peut-être même facilitée.

Ce qui me paraît non moins évident, par exemple, c'est qu'il y aura tout avantage à ne plus retarder aussi longtemps l'intervention sanglante, la ligature ne pouvant plus être considérée, comme l'écrivait autrefois Broca, « comme une sorte de pis-aller ».

Discussion.

M. L. Championnière. Je prends la parole pour appuyer complètement les conclusions de M. Reclus. J'ai publié récemment dans mon journal une petite note qui n'est que la reproduction d'une leçon, faite à l'hôpital, sur l'application du catgut à la cure des anévrysmes, dans laquelle je défends les mêmes idées que notre collègue.

Je m'inquiète peu des statistiques qui ont été publiées à ce sujet. Elles ne signifient rien, parce qu'elles groupent dans une étrange confusion des faits absolument disparates. Je n'admets pas que l'on mette sur le même plan les observations publiées par des chirurgiens anciens et celles de notre temps; et, pour ces dernières même, je demande que l'on distingue les opérations pratiquées par les chirurgiens qui font bien l'antisepsie, et celles qui sont dues à des chirurgiens qui la font mal.

J'ai prié un de mes élèves, le Dr Linon [1], de faire un relevé de ce genre. Il s'est attaché à ne recueillir que des faits empruntés à la pratique de chirurgiens suivant rigoureusement la méthode antiseptique, à Lister, à Chiene, à moi-même. Il est ainsi arrivé à la conclusion que la ligature des artères pour anévrysmes ne donne aucune mortalité.

[1] Linon, *De la ligature au catgut dans le traitement des anévrysmes.* Thèse de Paris, 1888.

Et cependant les cas qu'il a relevés sont pour la plupart graves ; il s'agit dans presque tous d'anévrysmes considérables : ligature de l'iliaque externe pour anévrysme fémoral ; double ligature de la poplitée pour anévrysme artério-veineux, etc... ; ce sont mes observations. Il y a encore le beau cas de Lister : un homme, porteur d'un anévrysme poplité à droite, qui, à gauche, avait été amputé pour une gangrène spontanée de la jambe consécutive à un anévrysme ; la ligature amena la guérison le plus simplement du monde.

Les avantages de la ligature de catgut appliquée à la cure des anévrysmes sont de divers ordres. Tout d'abord, c'est, comme le disait M. Reclus, la disparition absolue des cas d'hémorrhagie secondaire ; ce qui atténue singulièrement, on en conviendra, le pronostic de l'opération ; ce qui, encore, autorise à placer le fil où l'on veut, voire même immédiatement au-dessus du sac anévrysmal.

Il semble, de plus, qu'après la ligature antiseptique d'un gros vaisseau, le membre soit moins exposé à la gangrène. Voilà qui paraît difficile à admettre et à expliquer. Et, cependant, si l'on tient compte du fait que l'on est mieux en état de bien placer son fil ; et de cet autre, qu'aucune réaction inflammatoire ne se produisant la circulation collatérale doit s'établir plus facilement, cette moindre fréquence de la gangrène semblera moins surprenante.

La ligature sera, à mon avis, de plus en plus appliquée à la cure des anévrysmes. On abandonnera définitivement à l'avenir les interventions dites de douceur, presque toujours inefficaces, souvent dangereuses, telles que la compression digitale, et surtout la flexion forcée qui est un abominable supplice. J'ai vu cette dernière appliquée par Broca, qui la faisait bien ; c'était vraiment intolérable.

Pour ce qui est de l'extirpation de la tumeur anévrysmale. j'admire vraiment la désinvolture avec laquelle nos jeunes auteurs la préconisent, la proclamant faisable et d'exécution facile, probablement parce qu'ils savent qu'ils ne la feront jamais. En réalité, c'est une opération très difficile et très laborieuse. J'accorde qu'on la tente pour de petits anévrysmes ; il m'est arrivé par exemple d'extirper des anévrysmes de la radiale, de la pédieuse ; et encore l'opération n'a-t-elle pas été des plus commodes. Mais quand il s'agit de grosses artères, de la poplitée, de la fémorale, de l'iliaque externe, j'estime qu'il faut tout faire avant d'en venir à l'extirpation.

Je me résume et je dis : la ligature des gros vaisseaux est une bonne opération qui, pour la cure des anévrysmes, doit être le

procédé de choix. Elle sera dans de certains cas d'une exécution difficile, surtout lorsqu'on veut placer le fil au voisinage du sac; mais ces difficultés sont loin d'être insurmontables et ne peuvent être mises en balance avec les résultats obtenus. Ceux-ci ne seront assurés qu'au prix d'une bonne antisepsie; si le fil à ligature est éliminé, c'est que l'antisepsie n'a pas été parfaite; c'est un échec; lorsqu'on veut juger de la valeur du procédé, exécuté tel qu'il doit l'être, ces faits ne doivent pas entrer en ligne de compte. Si la ligature est vraiment antiseptique, non seulement la mortalité sera nulle, mais la guérison de l'anévrysme sera assurée, et cela sans réaction aucune, sans hémorrhagie secondaire, et presque toujours sans gangrène du membre.

M. Verneuil. Personne ne me soupçonnera d'être l'ennemi des opérations de douceur en général; je les abandonne cependant en ce qui concerne la cure des anévrysmes.

Je n'emploie plus la *flexion forcée*, bien que je ne partage pas à son sujet la manière de voir de M. Lucas-Championnière. J'affirme, contrairement à ce qu'il a dit, que Broca la faisait mal; il la faisait d'un seul coup et en une seule séance; ce qui est en effet très pénible. Elle ne doit être maintenue que quelques heures par jour, et par le malade lui-même. Ainsi exécuté, c'est un procédé acceptable.

J'ai bien souvent eu recours à la *compression digitale*, mais j'accorde que le moyen est insupportable, insupportable pour le malade, insupportable aussi pour les aides. Il ne faut pas oublier cependant qu'on était très heureux d'en user, alors que les deux tiers des opérés par ligature succombaient.

Pour ce qui est de la compression à l'aide de la *bande d'Esmarch*, j'ai déjà eu occasion de dire qu'elle pouvait donner lieu à de sérieux accidents.

J'en reviens donc à la ligature pure et simple. Je ne me crois pas obligé à toutes les précautions antiseptiques dont on a parlé : je laisse la plaie ouverte; je la panse avec un peu d'iodoforme; mes opérés guérissent très bien.

Je tiens encore à faire remarquer que dans les relevés que l'on dresse, on ne tient pas assez compte, pour les cas terminés par la mort, de l'âge des opérés. Il m'est arrivé de faire, chez un vieillard de 82 ans, une ligature de la fémorale à la pointe de triangle de Scarpa; il n'y eut aucune réaction locale, aucune élévation de température et pourtant le malade s'est éteint au bout de cinq à six jours, sans que je puisse mettre autre chose en cause que son grand âge.

Je fais une remarque analogue au sujet de la gangrène du

membre : l'âge doit ici encore être pris en grande considération.

On ne saurait aussi trop se préoccuper de l'état du cœur des opérés. Certaines morts qui étonnent, et que rien ne paraît expliquer, sont en réalité dues à des altérations cardiaques méconnues.

Bref, je demande que l'état du *blessé* entre toujours en ligne de compte, et comme facteur important, dans l'appréciation des résultats opératoires.

Pour ce qui est de l'extirpation des anévrysmes, je ne puis vraiment comprendre comment on ose la conseiller. Je me suis par deux fois trouvé en pareille aventure, et j'ai bien juré qu'on ne m'y reprendrait pas. La première fois, c'était à la suite d'une erreur de diagnostic ; j'avais cru à un fibrome de l'avant-bras ; il s'agissait d'un anévrysme de la radiale guérie ; j'eus une peine extrême, après ablation de la tumeur, à retrouver les artères afférentes et à les lier. Une seconde fois, c'était pour un anévrysme artério-veineux du creux poplité, j'avais lié l'artère au-dessus et au-dessous du sac ; je considérais l'opération comme achevée, lorsque pressé par mes internes, dont précisément M. Reclus, si je ne me trompe, je me décidai, pour compléter mon œuvre, à enlever complètement le sac. Mal m'en prit, l'hémorrhagie fut effroyable et j'eus toutes les peines du monde à m'en rendre maître. J'estime qu'en évaluant à 1 sur 500 les cas où l'extirpation du sac anévrysmal peut être indiquée, je suis plutôt au-dessous qu'au-dessus de la vérité.

M. Trélat. Cette discussion m'intéresse d'autant plus que j'ai en ce moment dans mon service un homme atteint d'anévrysme artério-veineux du creux poplité, et je me demande encore, après avoir consulté nombre de documents, à quel parti m'arrêter.

On me permettra tout d'abord de prendre un peu la défense du jeune et ardent auteur qui a été malmené tout à l'heure, de rappeler les recherches et les considérations si intéressantes, relatives au rôle des collatérales, à la circulation complémentaire, à toute la physiologie pathologique de la cure des anévrysmes, recherches et considérations qui s'appliquent soit à l'extirpation, soit à la ligature.

Mais je laisse cela de côté, et je viens à l'argumentation de M. L.-Championnière. Notre collègue, dans le petit mémoire qu'il a publié sur la ligature des artères au catgut, a défendu l'excellence du moyen, quel que soit le but en vue duquel il est employé ; il a montré que — si du moins le catgut est de bonne qualité, comme le sien, qu'il prépare lui-même — les phénomènes de réparation s'accomplissent sans réaction aucune, sans suppuration par conséquent ; la guérison est prompte et parfaite. Mais tout cela a déjà

été dit, il y a dix ou onze ans, par E. Bœckel, plaidant en faveur du catgut, contre le fil de chanvre auquel il nous engageait à renoncer.

M. L.-Championnière a, d'autre part, émis une proposition que je ne puis considérer comme vraie. J'ai publié autrefois, dans nos Bulletins, un fait d'anévrysme poplité diffus, observé chez un homme de 45 ans; il avait résisté à toutes les méthodes de compressions sous les formes les plus diverses et les plus ingénieusement modifiées. Broca, appelé en consultation, parlait d'amputation. Je crus pouvoir auparavant tenter la ligature. Je la fis avec un fil de soie; ce fil fut éliminé; or — et c'est ici que je me sépare de M. Lucas-Championnière — cette élimination se fit sans qu'il y eut jamais ombre de phénomène de suppuration. Pendant trente-quatre jours il resta en place; toute la plaie guérit à l'exception du point occupé par lui; il se détacha enfin, sous l'influence d'une traction légère exercée d'une façon continue, mais chose curieuse, il n'y avait plus, sur le bout qui tomba, ni nœud ni anse. J'ai revu mon opéré 4 ou 5 ans plus tard, il était toujours en parfait état.

Je partage au reste tout à fait l'avis de M. L.-Championnière sur la supériorité, pour la ligature des artères, du catgut sur la soie. Depuis 6 ans, je ne me sers plus pour cette opération que de catgut; les choses se passent toujours avec la plus parfaite simplicité.

M. L.-Championnière. Je persiste à soutenir que du moment que dans une ligature d'artère il y a élimination du fil, c'est qu'il y a inflammation locale; et que par suite les faits de ce genre doivent être séparés de ceux où il n'y a eu aucune espèce de réaction.

M. Trélat. *Je répète que, chez mon malade, ni l'anse ni le nœud ne furent éliminés; ils restèrent indéfiniment dans les tissus. Les deux chefs du fil se séparèrent au delà du nœud.*

M. L.-Championnière. Pour ce qui est du fil de soie et des raisons qui doivent lui faire préférer le catgut, je n'ai pas insisté sur ce point. Je n'aurais eu qu'à répéter ce que Lister a déjà dit à ce sujet il y a longtemps.

M. Terrier. La discussion, comme toujours, dévie: on est parti de la cure de l'anévrysme poplité pour passer à celle des anévrysmes en général, nous en sommes maintenant à la question du meilleur mode de ligature des artères. Au sujet de ce dernier point, je me contente de dire que j'ai fait nombre de ligatures de gros vaisseaux, et que je me suis toujours servi, en pareil cas, de soie aseptique; or, jamais je n'ai observé d'élimination du fil.

Il n'est donc pas absolument nécessaire de ne se servir que de catgut.

M. Reclus. Je me contente de constater la touchante et rare unanimité des membres de la Société de chirurgie au sujet de la question que je lui ai soumise.

J'ajoute, pour mon excellent maître M. Verneuil, que j'étais, en effet, de ceux qui, lors de l'opération qu'il vous a rapportée, lui ont donné le conseil d'inciser le sac anévrysmal. Je ne le regrette pas, et reste à cet égard dans l'impénitence finale. Je regrette par contre que nous n'ayons pas songé, avant d'inciser la poche, à appliquer la bande d'Esmarch. Nous aurions ainsi évité l'hémorrhagie formidable, dont M. Verneuil a gardé un si vif souvenir. Mais c'est cette hémorrhagie même qui me donne raison, elle démontre que les ligatures faites ne suffisaient pas à empêcher l'afflux de sang dans la poche et que, par conséquent, la récidive se serait certainement produite.

M. Trélat. Concluez-vous de là qu'il fallait commencer par l'extirpation du sac ?

M. Reclus. Non, il fallait d'abord, comme on l'a fait, pratiquer la ligature, et y joindre, dans un second temps, l'incision de la poche.

M. Trélat. Voyez, en somme, l'embarras du chirurgien prévoyant, qui est appelé à prendre parti en cas semblable. Il a, d'un côté, l'observation de M. Lucas-Championnière, d'où il résulte que, pour un anévrysme poplité, la ligature au-dessus et au-dessous du sac suffit à assurer la guérison ; de l'autre, celle de M. Verneuil, dans laquelle, comme vient de le démontrer M. Reclus, cette même double ligature était insuffisante, au point qu'il fallut en venir à l'extirpation de la tumeur.

Suite de la discussion sur la pathogénie et le traitement des salpingites.

M. Terrier. Si j'ai demandé la parole dans cette discussion, c'est pour vous exposer rapidement le résultat de ma pratique, d'ailleurs fort restreinte, si on la compare à celle de mon collègue et ami M. Just Championnière. J'ajouterai ensuite qu'une partie de ces résultats ont été consignés par mon excellent ami et élève le

Dr Monprofit, dans sa thèse inaugurale intitulée *Salpingites et ovarites*[1].

J'ai fait huit ablations des trompes et, le plus souvent aussi, des ovaires, pour des salpingites, soit suppurées, soit simples, soit compliquées d'autres lésions génitales.

Je m'explique :

1° Dans quatre cas, il s'agissait de tubo-ovarites suppurées. Deux de ces faits sont relatés dans la thèse du Dr Monprofit (obs. I et II); ces deux faits sont inédits. Nous y reviendrons plus loin.

2° Dans un cas, j'avais affaire à une hémo-salpingite unilatérale (obs. III de la thèse de Monprofit).

3° Dans deux cas, il y avait des accidents nerveux et douloureux excessifs :

L'une de ces malades, très hystérique, avait une ovario-salpingite non suppurée du côté gauche; on fit l'ablation des annexes des deux côtés pour ralentir autant que possible les phénomènes nerveux, et on y réussit pleinement.

L'autre malade avait un utérus bourré de fibromes; déjà on l'avait opérée pour enlever un fibrome pédiculisé sur l'utérus et très douloureux; mais les douleurs revinrent atroces, et on dut enlever deux trompes et les ovaires, tous deux malades. Il y avait deux salpingo-ovarites non suppurées.

4° Enfin, dans une observation, nous dûmes enlever des kystes ovariques et les trompes très épaissies et malades.

Les salpingites et ovario-salpingites suppurées sont, pour moi, les plus fréquemment justiciables de la laparotomie; sans revenir sur les diverses théories qui ont été émises à propos de leur pathogénie, je crois que, dès que le chirurgien a pu diagnostiquer la suppuration tubo-ovarienne, il est en droit de conclure à une opération radicale pour amener une guérison rapide de la malade. Est-ce à dire que les symptomes qui indiquent ces accidents de suppuration soient faciles à distinguer, je ne le crois pas, et la symptomatologie donnée jusqu'ici des salpingites me paraît fort sujette à revision. Toutefois, des poussées inflammatoires avec accidents péritonitiques, l'élévation de la température tous les soirs, de petits frissons et les symptômes locaux pouvant faire reconnaître la fluctuation de la tumeur, faciliteront le diagnostic de cette complication de l'inflammation des trompes.

Voici le resume de mes quatre observations de salpingites suppurées :

Obs. I. (Thèse du Dr Monprofit, Paris, 1888; obs. II.) — *Tubo-ovarite*

[1] Thèse de Paris, 1888.

droite suppurée. Laparotomie. Guérison.— Mme Marie V..., femme V..., 25 ans, entre à Bichat, le 28 octobre 1887.

Réglée à 14 ans, 2 enfants, l'un à 21 ans, l'autre à 23 ans. Métrorrhagies en janvier et mai 1887.

Elle est soignée à Beaujon par le repos, la glace sur le ventre et la dilatation du col. Accidents de pelvi-péritonite qui durèrent un mois et demi. Sort assez bien portante.

Depuis, nouvelles pertes et accès fébriles. A son entrée à l'hôpital, on constate une tumeur lisse et arrondie, dure, analogue à un fibrome développé du côté du ligament large droit. Utérus antéfléchi et mobile rien à gauche.

Opération le 22 novembre 1887. — Les intestins et le péritoine relevés, on découvre la tumeur située à droite de l'utérus, et se prolongeant un peu en arrière de l'organe, la trompe droite paraît se confondre avec la tumeur. On ne voit ni le pavillon, ni l'ovaire. Cette tumeur renferme 500 à 600 grammes de pus qu'on retire par la ponction; puis on l'énuclée du ligament large qu'elle occupe en dehors jusque près des vaisseaux iliaques. Deux pédicules sont faits, l'un utérin, l'autre utéro-ovarien. Suture au catgut de la paroi postérieure de l'utérus un peu déchirée par la dissection de la tumeur. L'autre ovaire et la trompe ne peuvent être vus; ils semblent recouverts par des fausses membranes. Suites de l'opération normales: accidents fébriles tardifs et intermittents, jugés par le sulfate de quinine. La malade sort le 7 janvier 1888.

L'anatomie pathologique fut faite par le Dr Poupinel. Il conclut à une salpingite suppurée, englobant l'ovaire et ayant déterminé des kystes séreux secondaires du ligament large.

J'ai revu la malade, le 10 décembre 1888. Son état général est parfait, et elle s'est toujours bien portée depuis son opération. L'incision abdominale a 15 centimètres et est tout à fait sous-ombilicale; il y a une éventration assez accusée. L'utérus, volumineux, est en antéversion très marquée. A droite, on ne sent rien dans le cul-de-sac; à gauche, tumeur du volume d'une petite orange et fluctuante, due à l'ovaire et à la trompe qu'on n'a pu voir lors de l'opération. Il existe là une salpingite ou salpingo-ovarite, *indolore,* qui ne paraît gêner en rien la malade. Les règles sont très régulières, un peu plus abondantes la dernière fois, c'est-à-dire quelques jours avant notre examen; elles ont reparu le 28 janvier 1888.

En fait, l'induration du cul-de-sac droit constatée à la sortie de la malade, le 7 janvier dernier, est devenue une tumeur du volume d'une petite orange au mois de décembre suivant, c'est-à-dire au bout d'un peu moins d'une année.

Obs. II. (Thèse du Dr Monprofit. Paris, 1888; obs. I.) — *Tubo-ovarite gauche. Abcès ovarien dans l'épaisseur du ligament large gauche.* — Lucie H..., femme M...., 24 ans. Réglée à 15 ans. 2 enfants vivants et bonnes couches.

Le 1er novembre 1887, se refroidit et a un frisson violent et de la

fièvre. Douleurs abdominales, surtout à gauche, et persistantes. Elle ne s'est pas alitée.

Le 12 décembre, entre à Bichat. La malade est fort pâle et amaigrie. Elle souffre beaucoup. Pertes blanches, tumeur dans le cul-de-sac latéral gauche, mal fluctuante, utérus volumineux, peu mobile. Règles, le 13 décembre, peu douloureuses et durant quatre jours. Accès fébriles. On diagnostique une pyo-salpingite, en s'appuyant sur les signes physiques et les accidents fébriles.

Opération le 3 janvier 1888.—Adhérence de l'épiploon et des appendices de l'S iliaque dans le petit bassin au ligament large gauche. Au-dessous, tumeur sous-péritonéale, en haut de laquelle est la trompe. On énuclée cette tumeur du ligament large qu'on incise à son bord supérieur pour faire cette énucléation. Cette tumeur était remplie de muco-pus et adhérente à l'angle supérieur gauche de l'utérus. Toilette et drainage de la poche du ligament large qui renfermait cette tumeur.

L'opération dura une heure; les suites furent très simples, et la malade sortit à la fin de janvier de l'hôpital.

L'anatomie pathologique faite par le Dr Poupinel permet de constater : 1° une salpingite non suppurée; 2° un abcès dont la paroi est formée par le tissu de l'ovaire atrophié et distendu.

Après sa sortie de l'hôpital, Mme M... y fut employée comme veilleuse pendant environ trois à quatre mois.

Je la revis le 8 décembre 1888, et voici ce qu'on put constater : l'incision de la laparotomie, entièrement sous-ombilicale, a 12 centimètres de long; la cicatrice est blanche en haut, un peu noirâtre et étoilée en bas; à sa partie moyenne, elle offre 2 centimètres de large, en bas 2 centimètres et demi. Il n'y a pas d'éventration.

Les règles sont normales et durent cinq jours; pas de douleurs.

Le toucher vaginal permet de constater l'existence d'un utérus assez volumineux, en antéversion prononcée, et dont le fond est senti au-dessus du pubis. Le cul-de-sac latéral droit est absolument normal et indolore. A gauche existe, au niveau des annexes enlevées, une induration légèrement douloureuse au toucher.

Cette femme, dont l'embonpoint est très accusé, offre, depuis quelques mois, des troubles choréiques, consistant en l'élévation et l'abaissement brusques de l'épaule gauche. Elle prétend que ces troubles ont apparu lorsque la fistulette qui a persisté assez longtemps au niveau de la partie inférieure de la plaie abdominale s'est complètement tarie. Nous constatons que la malade est hystérique et serait hypnotisable.

Obs. III (inédite). — *Kyste ovarique à gauche. Salpingite suppurée du même côté. Ablation. Guérison.* — C. G..., femme M..., 34 ans, entre, le 5 juillet 1888, à Bichat, pour être opérée d'une tumeur du ventre.

Réglée à 13 ans, pleurésie à 17 ans, mariée à 19 ans. Règles un peu douloureuses. N'a jamais eu d'enfants. Leucorrhée abondante. A 21 ans, abcès de la partie supérieure de l'humérus, qui fut ouvert à Paris. Probablement ostéo-myélite.

Depuis deux ans, le ventre grossit. Souffrances depuis un an seulement. Il y a quatre mois, crise de douleurs, surtout à gauche, sans fièvre; troubles de la miction devenue douloureuse et fréquente.

Le diagnostic de kyste ovarique s'impose. Par le toucher, on constate dans le cul-de-sac postérieur et à gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule, douloureuse et distincte du kyste.

Opération le 17 juillet 1888, aidé de MM. Périer et Quénu. — L'ouverture du ventre faite, le kyste à parois épaisses est ponctionné, et 4 litres de liquide sont aspirés; la poche dont on sépare des adhérences épiploïques est attirée au dehors. C'est alors qu'on voit, à la partie inférieure et interne du kyste, une deuxième tumeur : c'est la trompe gauche kystique pleine de pus. On en fait l'énucléation, et elle se rompt pendant les manœuvres. Un pédicule unique est constitué; on y place deux ligatures en chaîne. L'autre ovaire, un peu gros et entouré de fausses membranes, est laissé en place. Toilette, pas de drainage.

Les suites de l'opération ont été fort simples, sauf l'apparition d'un léger ictère le sixième jour. Mme M... sort, le 5 août 1888, guérie, et cette guérison ne s'est pas démentie depuis.

Obs. IV (inédite). — *Salpingite double. A droite, ouverture de l'abcès de la trompe dans l'intestin grêle. Paraplégie douloureuse. Mort du chloroforme et du choc opératoire.* — Mme J..., née G..., 29 ans, réglée à 12 ans, régulièrement; douleurs vives le premier jour et écoulement abondant. Leucorrhée. Hémoptysie à 20 ans. Mariée à 22 ans. Depuis lors, ménorrhagie et menstruation irrégulière; après une chute, douleurs abdominales très vives et persistantes. Crises douloureuses forçant la malade à garder le lit quatre à cinq jours, deux fois par mois. Apparition de la paraplégie, avec irradiation dans les membres inférieurs de douleurs abdominales.

En août 1888, la paraplégie est telle que la malade ne peut se lever; les douleurs vives du côté des membres inférieurs n'apparaissent qu'en septembre et octobre. Miction douloureuse. L'état général est très mauvais, tendance à la phlébite spontanée des veines des membres supérieurs. Vomissements, inappétence. L'examen sous chloroforme permet de constater l'existence de deux salpingites.

Laparotomie le 20 novembre 1888. — Adhérences des anses intestinales grêles entre elles. A droite, la trompe est très dilatée; ponctionnée, elle ne donne issue qu'à des gaz et des matières d'aspect intestinal. En la détachant, des adhérences avec l'intestin se rompent, et il s'écoule du pus, puis des matières intestinales. L'anse intestinale grêle qui communique avec le foyer purulent de la trompe droite est détachée, et une pince à pression est placée sur son orifice ulcéré. On enlève ensuite la trompe dilatée. A gauche, on enlève la trompe kystique et non suppurée. Drainage du petit bassin.

L'opération a duré plus d'une heure et demie. Malgré tous les efforts tentés pour réveiller la malade, elle succomba environ deux heures après avoir été opérée par insuffisance cardiaque. L'autopsie démontra, en effet, l'existence d'un cœur en dégénérescence graisseuse aussi avancée que possible.

En résumé, chez la première opérée de tubo-ovarite droite suppurée, il reste actuellement une tumeur, probablement une ovario-salpingite gauche absolument indolore et qui cependant paraît augmenter de volume. De là la justesse du précepte qui consiste à enlever les annexes des deux côtés s'ils sont quelque peu suspects.

Chez notre deuxième opérée la guérison est complète, bien qu'il reste du côté opéré un peu d'induration douloureuse au toucher. Signalons les accidents choréiques et hystériques, développés depuis peu.

Notre troisième opérée offrait surtout un kyste ovarique, et la salpingite suppurée coexistente ne fut reconnue qu'à l'opération. Ici l'ablation du kyste et de la trompe fut des plus simples. Toutefois, le deuxième ovaire entouré de fausses membranes fut laissé en place, peut-être est-ce là un danger pour la malade dont je viens de recevoir d'excellentes nouvelles.

L'histoire de la quatrième opérée est des plus étranges; en effet, cette femme atteinte de double salpingite (et pour assurer ce diagnostic j'ai cru devoir l'anesthésier) présentait en outre les symptômes d'une paraplégie douloureuse qui, après examen, ne sembla pas d'origine hystérique. Lors de la laparotomie, notre étonnement fut grand de trouver la trompe droite abcédée et ouverte dans l'intestin grêle. Nous pensions rencontrer aussi du pus dans la trompe gauche ; or, il n'y en avait pas. Cette femme n'a pu supporter le choc opératoire et a succombé à une sorte d'insuffisance cardiaque comme je l'ai dit plus haut. C'est jusqu'ici le seul cas de mort que j'aie observé à la suite de l'ablation des trompes et des ovaires pour salpingo-ovarites suppurées.

Voici maintenant l'observation résumée de la seule hémo-salpingite que nous ayons opérée :

Obs. V. (Thèse du Dr Monprofit; obs. III). — *Hémo-salpingite. Laparotomie. Ablation. Guérison.* — Mme T... Marie, femme P..., 36 ans. — Menstrues irrégulières; un enfant à 24 ans. — Couches normales.

Début des accidents, il y a 9 mois; symptômes péritonitiques, suppression des règles deux mois, puis, perte brusque de sang noir et fétide que calment les accidents surtout localisés à gauche. Pendant 4 mois, l'état local et l'état général sont normaux. Réapparitions des douleurs à gauche, avec tuméfaction du ventre. Etat général mauvais. — Entre à Bichat le 25 novembre 1887; on constate une tumeur dure occupant le cul-de-sac latéral gauche et remontant jusque dans la fosse iliaque. — En avant et à droite, autre tumeur. On croit à des fibromes.

Opération le 13 décembre 1887. — L'épiploon adhérent en bas est sectionné et lié en trois faisceaux. La tumeur, du volume d'une

tête fœtale de 6 mois, offre en haut la trompe disposée en S et confondue avec la tumeur. Avec peine on énuclée cette tumeur remplie de liquide brunâtre et d'une bouillie ardoisée, le kyste se crève dans les manœuvres. On fait un pédicule ovarien sur lequel on place trois fils; pas de pédicule utérin. L'ovaire n'est pas vu. Drainage. L'opération a duré 1 heure 15 minutes. Suites des plus simples, le drain est enlevé le 29 décembre et la malade sort guérie le 8 janvier 1888, soit 24 jours après avoir été opérée.

L'examen anatomo-pathologique fait par M. le Dr Poupinel permet de conclure à l'existence d'un hématome de la partie externe de la trompe. L'ovaire paraît faire partie de la paroi du kyste; il a été déplacé et déformé.

Revue le 10 décembre 1888, Mme P... se porte très bien, a très notablement engraissé et est réglée très normalement. L'incision sous-ombilicale a 17 centimètres de longueur sans éventration. L'utérus est en latéro-version, incliné à gauche. La corne et le bord gauches de l'organe semblent fixés par une bride à la paroi pelvienne. Cet examen est d'ailleurs absolument indolent et la malade ne présente aucune espèce de trouble utérin.

Dans ces cas, je crois qu'il est inutile de faire l'ablation des deux côtés, et que la conservation des fonctions génitales est parfaitement possible sans inconvénient pour les malades.

Nous arrivons aux deux observations d'ovario-salpingites non suppurées qui, cependant, vu les accidents douloureux et nerveux qu'elles déterminaient, ont nécessité la laparotomie.

Dans ces cas, en effet, bien que les lésions tubo-ovariennes soient parfois peu accusées, le retentissement sur la santé générale est tel que le chirurgien est autorisé à intervenir : telle est au moins l'opinion que nous avons soutenue déjà devant la Société[1] et qui a été acceptée par M. le professeur Charcot, dans une consultation récente que nous avons eue avec lui.

Obs. VI (Inédite). — *Ovario-salpingite à gauche. Accidents douloureux et hystériques graves. Castration. Guérison. Amélioration des accidents nerveux.* — Mme M..., 32 ans. Manifestement hystérique, a été réglée à 12 ans, avec vives douleurs lors des époques. Mariée à 20 ans, elle eut trois enfants, dont un serait mort de méningite. Depuis le dernier accouchement, c'est-à-dire depuis 7 années, douleurs de reins, pertes blanches, coliques, crampes d'estomac; on constate une métrite et l'on cautérise la cavité utérine et le col. Saison à Plombières il y a trois ans.

A son retour à Nice, la malade se met au lit et y reste jusqu'en 1888, soit trois ans. Fièvre, vomissements, douleurs abdominales excessives; on

[1] *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1885, t. IX, p. 489 et 1888, t. XII, p. 875.

pense à une périmétrite. Toutefois ces douleurs se localisent à gauche, et la pression de ce côté vers la fosse iliaque devient insupportable. En même temps, accidents de diarrhée alternant avec la constipation, qui persistent depuis la couche. La malade ne peut marcher, elle reste courbée en deux, et se plaint de douleurs abdominales vives, toujours localisées à gauche. Le toucher vaginal permet de s'assurer de l'intégrité de l'utérus et que l'ovaire et la trompe du côté gauche sont extrêmement douloureux et un peu tuméfiés, surtout la trompe.

En raison des phénomènes hystériques indéniables présentés par la malade, phénomènes dont l'exacerbation paraît due à la souffrance ovarienne gauche et à une légère ovario-salpingite, je propose l'ablation de la trompe et de l'ovaire des deux côtés, ce que la malade accepte.

L'opération est faite le 30 mai 1888, avec l'aide de mes collègues Berger, Perier et Nicaise. Ce dernier avait déjà examiné la malade et avait conclu comme moi à l'intervention chirurgicale.

L'ovaire gauche est volumineux, ainsi que la trompe correspondante; à droite, rien d'anormal. Les deux trompes et les ovaires furent enlevés en 20 minutes.

Suites opératoires parfaites, sans incident. Le 10e jour, crise d'hystérie sans perte de connaissance.

La malade se lève au 20e jour, et retourne à Nice à la fin de juin, dans un état fort satifaisant au point de vue local, mais offrant encore de nombreuses manifestations hystériques qui se sont même exagérées par suite de chagrins domestiques.

Toutefois, actuellement, Mme M... marche toute la journée et présente une amélioration très notable dans son caractère et dans ses phénomènes hystériques. Du côté du ventre il n'y a plus de douleurs comparables à celles qui existaient jadis, et Mme M... ne souffre un peu que lorsqu'elle s'est trop fatiguée.

Obs. VII (inédite). — *Crises douloureuses. Fibrome utérin. Ablation par la laparotomie. Amélioration. Réapparition des crises. Ablation des ovaires et des trompes enflammés. Guérison.* — Mme R..., née Louise D..., 39 ans, entre le 24 octobre 1887 à Bichat pour se faire traiter de crises douloureuses très vives qui datent de cinq ans, et siègent surtout à droite dans le bas-ventre, les reins et le membre inférieur correspondant. Accidents névropathiques. L'examen permet de reconnaître l'existence d'un fibrome peu volumineux de la face antérieure de l'utérus, fibrome probablement pédiculé, et en tout cas fort douloureux au toucher.

Le 8 novembre 1887, ce fibrome est enlevé par la laparotomie; il était en effet pédiculé, ce pédicule fut enlevé; et le tissu utérin fut lié au fil de soie. Les suites opératoires furent les plus simples. Pendant quinze jours, il n'y eut plus ombre de douleur; puis celles-ci revinrent par crises, plus espacées et moins vives cependant. Au vingt-huitième jour, règles moins douloureuses. A la sortie, le 20 décembre, Mme R... ne souffrait presque plus.

Les crises douloureuses ne cessent pas et même augmentent, Mme R... rentre à Bichat le 6 juin 1888. Ces crises sont véritablement atroces et siègent du côté droit, irradiant dans la cuisse droite. Le toucher vaginal n'apprend pas grand'chose si ce n'est que le doigt porté du côté du trou obturateur droit, détermine une douleur intense sur le trajet du nerf obturateur. Le fait a été constaté par mon collègue et ami, le Dr Quénu. Les ovaires paraissent peu douloureux à la pression et à droite sur la partie antéro-latérale de l'utérus, il paraît y avoir encore une petite tumeur fibreuse.

On décide une laparotomie pour enlever au moins l'ovaire droit et juger la cause de ces douleurs atroces.

Opération le 31 juillet 1888. — L'ovaire droit est adhérent et la trompe tuméfiée, du volume du petit doigt, l'entoure de tous côtés. On isole ces parties et l'on fait un pédicule portant sur l'ovaire, si bien qu'on enlève la trompe et les deux tiers de l'ovaire droit. A gauche, mêmes lésions et mêmes difficultés pour isoler les parties et faire le pédicule. On excise la trompe et deux tiers de l'ovaire. L'utérus est encore bourré de petits fibromes.

Suites opératoires absolument simples. Vers le huitième jour, réapparition de quelques douleurs névralgiques à droite, mais peu intenses, qui se répètent quelques jours, puis cessent. La malade sort le 25 août absolument guérie de ses douleurs.

Revenue en novembre dernier, Mme R... nous dit avoir encore souffert un mois et demi de douleurs abdominales avec crampes d'estomac; depuis, elle se porte bien, bien qu'elle ait maigri. Elle n'a plus de règles, mais a eu quelques épistaxis. En tout cas, elle a complètement repris ses occupations et se félicite du résultat de notre dernière intervention.

Dans ce cas, ce sont certainement les salpingites (très fréquentes dans les fibromes) qui déterminaient les accidents douloureux si violents; mais pourquoi ces phénomènes étaient-ils, en quelque sorte, limités à droite et semblaient-ils localisés au nerf obturateur? Il m'est impossible de répondre à cette question.

Voici enfin notre dernière observation, d'ailleurs fort complexe et que, même après examen micrographique sérieux, il est impossible de nettement interpréter.

Obs. VIII (inédite). — *Kystes de l'ovaire gauche et de l'ovaire droit (dermoïde)? Ablation des deux trompes indurées et des kystes. Guérison. Persistance des règles.* — Mme E..., 29 ans, réglée à 15 ans, phénomènes douloureux du côté du ventre à 14 ans, durant trois mois; puis à 15 ans pendant un mois. Mariée à 23 ans, pas d'enfants.

Deux à trois mois après, suppression des règles et accidents péritonitiques; au bout de trois mois, les règles réapparaissent avec douleurs vives. Tout rentre dans l'ordre jusqu'à 28 ans.

En août 1887, malaises, rétention d'urine, développement du ventre, on diagnostique un kyste de l'ovaire gauche.

Au mois de juin 1888, je constatai l'existence de tumeurs des deux côtés de l'utérus, probablement des kystes inclus dans les ligaments larges ?

En octobre, nouvel examen qui nous fait penser à la présence de kystes et d'inflammation des trompes, surtout à droite.

Laparotomie le 27 octobre 1888. — On trouve une tumeur kystique à gauche, des tumeurs d'aspect fibroïde à droite et en avant de l'utérus, des adhérences étendues de l'utérus à la vessie. La tumeur kystique gauche plonge dans le bassin, on n'en peut énucléer du ligament large que la partie supérieure, le reste est drainé après fixation des parois à la plaie abdominale. Le fond de l'utérus est séparé de la vessie et à droite de productions kystiques (kystes dermoïdes?) dont l'une du volume d'une petite pomme est située sur la trompe qu'on excise et lie. A gauche, on enlève la trompe fort épaissie et adhérente aussi à des productions d'aspect dermoïde ou sébacé.

Les suites opératoires furent très simples, sauf une légère congestion du foie, ayant déterminé de l'ictère et une élévation de température (38°,9).

Aujourd'hui, Mme E... est parfaitement bien portante ; notons que ses règles sont revenues à la fin de novembre.

M. le Dr Poupinel a fait avec soin l'examen anatomo-pathologique du grand kyste, placé à gauche, et trouva qu'il contenait l'ovaire dans son épaisseur. Quant aux petits kystes, ils paraissent constitués par du tissu fibreux, sans revêtement épithélial, et remplis de matière sébacée. Aussi ne peut-on déterminer leur origine exacte ni leurs connexions.

La pathogénie des salpingites est, croyons-nous, celle qu'a défendue M. Montprofit dans sa thèse et que notre collègue M. Quénu a exposée dans la dernière séance. Quoi qu'en puisse dire mon ami, M. J. Championnière, je ne puis m'expliquer le rôle exclusif qu'il fait jouer aux lymphatiques utérins, semblant oublier que les muqueuses sont doublées elles-mêmes de réseaux lymphatiques, qui expliquent parfaitement la propagation des microbes pathogènes. Que dans certains cas, il y ait lymphangite utérine et propagation aux vaisseaux et ganglions lombaires, je ne le peux contester, mais je crois le fait exceptionnel. Et ce qui est vrai pour les voies urinaires me paraît aussi vrai pour les voies génitales. Toutefois, ici, il existe une solution de continuité entre l'ovaire et la trompe, de là les complications fréquentes des salpingites, complications qui se manifestent par des phénomènes de pelvi-péritonite parfois suppurée.

Nous en avons observé et opéré un cas fort remarquable avec M. le professeur Trélat ; l'observation a été publiée sous ce titre : *Pyosalpingite gauche, abcès rétro-utérin ; extirpation de la trompe gauche dilatée et kystique ; guérison.*

[1] *Revue de chirurgie*, 1886, n° 8, p. 656.

Que, dans ces cas, les lymphatiques du péritoine et des ovaires jouent un rôle dans la propagation de l'inflammation, nous n'en doutons pas, mais ce rôle nous semble tout à fait accessoire.

Depuis lors, nous avons observé deux faits très nets, dans lesquels l'inflammation des annexes avait amené une suppuration du péritoine, derrière l'utérus, dans le cul-de-sac recto-vaginal.

Dans la première de ces observations, après des troubles menstruels et des douleurs vives, il se fit un abcès rétro-utérin, situé un peu à gauche de l'utérus. — 21 *février* 1888. Laparotomie et ouverture de l'abcès qui inonde de pus le petit bassin. Drainage. Les annexes sont entièrement recouvertes de fausses membranes, on les laisse en place. Guérison lente, la suppuration du drain ayant été très longue. Aujourd'hui, l'état général est excellent, le drain est supprimé depuis plusieurs mois et, par le toucher, on ne sent rien du côté des annexes.

Dans la deuxième observation, la pelvi-péritonite survint après une fièvre typhoïde grave ; l'abcès s'ouvrait dans le rectum, il y avait des phénomènes infectieux sérieux. Antérieurement, la malade avait eu deux enfants et était atteinte de leucorrhée abondante. — 26 *février* 1888. Laparotomie. Ouverture de l'abcès rétro-utérin avec la sonde cannelée. Toilette minutieuse du foyer et drainage. Les annexes sont laissées en place, elles ne sont même pas vues. Suites opératoires presque nulles. Mais guérison assez lente, vu la nécessité du drainage qui existe encore aujourd'hui. Au mois d'août dernier, nous avons constaté chez la malade un peu de tuméfaction des annexes de l'utérus (trompes et ovaires des deux côtés). Aujourd'hui, fin décembre, ces phénomènes ont disparu ; toutefois il y a quelques petites douleurs de ces côtés.

Pour moi donc, la pelvi-péritonite n'est qu'une sorte de complication de la salpingite, ou de la salpingo-ovarite. Quant aux adéno-phlegmons signalés et encore admis par certains auteurs, je ne les ai jamais vus et, à cet égard, il ne faut pas se fier à l'examen clinique, mais tenir compte surtout de l'état anatomique des parties, ce qui se peut faire pendant les opérations.

C'est précisément parce que je regarde la péritonite comme un épiphénomène de la salpingite que, dans les cas où l'on sera appelé à ouvrir un abcès rétro-utérin, je crois utile de conseiller l'examen des annexes et leur ablation si faire se peut lorsqu'elles présentent des lésions inflammatoires. Je sais qu'on a été plus loin, et que pour des pelvi-péritonites on a enlevé l'utérus et les annexes par la voie vaginale, ce qui me semble absolument injustifiable dans la plupart des cas.

Je viens de dire que l'examen clinique ne suffit pas pour déterminer la nature exacte des lésions anatomiques dans bien des cas. C'est qu'en effet les symptômes des salpingites ou salpingo-ova-

rites sont des plus variables, et j'avoue que bien souvent j'ai été absolument étonné de la netteté avec laquelle on les a décrits et commentés. Je parle surtout des symptômes fonctionnels.

A mon sens, ils n'ont qu'une importance tout à fait secondaire et ce sont les phénomènes locaux, ou plutôt les renseignements fournis pas l'examen direct, qui comprennent toute la symptomatologie. A cet égard, si l'on peut se contenter, dans bien des cas, de l'examen ordinaire par le palper et le toucher combinés pour faire un diagnostic et surtout pour conclure à l'indication d'une opération, je crois que dans certains, en particulier lorsque les phénomènes douloureux sont très intenses, il faut faire usage de l'examen sous chloroforme, et malgré son origine exotique j'avoue m'être parfaitement bien trouvé d'utiliser ce moyen dans les cas difficiles et lorsque les indications opératoires ne me semblaient pas nettes après l'usage des moyens ordinaires d'exploration.

Faut-il généraliser cette méthode et examiner ainsi toutes les femmes suspectes de lésions des trompes? je ne le crois pas, ce serait même un abus ridicule ; toutefois, l'anesthésie est très utile dans certains cas, et il ne faut pas systématiquement la proscrire.

Le pronostic des salpingites est fatalement variable. Si la salpingite suppurée est grave et nécessite une intervention rapide puisqu'elle peut donner lieu à des poussées de pelvi-péritonite suppurée parfois mortelles, il n'en est pas de même des nombreuses salpingites dites catarrhales, végétantes, folliculaires, interstitielles, dont l'anatomie pathologique est encore bien incomplète quoi qu'on en ait dit.

Or, il est certain que des salpingites catarrhales par exemple peuvent guérir, et les faits cités par mon ami Quénu, observés dans mon service de Bichat, viennent à l'appui de cette assertion. Dernièrement encore, opérant une jeune dame de fistule anale, j'ai découvert une salpingite très nette qui avait été méconnue par son médecin, d'ailleurs fort distingué, et dont elle ne s'était pas plainte. Il ne se passe guère de semaine qu'à l'examen des femmes traitées pour des métrites je ne constate une tuméfaction douloureuse des deux trompes ou d'une seule.

La salpingite coexiste donc souvent avec la métrite catarrhale purulente. Est-ce à dire quil faille intervenir, comme semble le conseiller mon ancien élève et ami Routier, je ne puis l'accepter.

Si la salpingite ou la salpingo-ovarite détermine, quoique non suppurée, des douleurs violentes et l'exacerbation d'accidents hystériques, comme dans les faits que nous avons cités plus haut, dans ces cas, il est indiqué d'intervenir, pour faire disparaître l'élément douleur et atténuer les phénomènes réactionnels nerveux.

Enfin, on conçoit que le kyste sanguin ou séreux de la trompe,

qui détermine des accidents, doive être enlevé pour guérir les malades.

Je me résumerai, en disant : Que les salpingites et les ovario-salpingites sont des affections très fréquentes, survenant comme épiphénomène de métrites catarrhales le plus souvent sinon toujours d'origine microbienne ;

Que lorsqu'elles suppurent ces altérations des trompes déterminent elles-mêmes des accidents de pelvi-péritonite ou même de péritonite généralisée parfois mortels ;

Que, par conséquent, le diagnostic de salpingite ou salpingo-ovarite suppurée entraîne fatalement l'indication de l'intervention chirurgicale hâtive ;

Quant aux autres variétés de salpingite, d'ailleurs mal connues cliniquement et même anatomiquement, il s'en faut qu'elles nécessitent toujours une intervention chirurgicale.

Toutefois, celle-ci peut être indiquée par des phénomènes concomitants comme des douleurs vives et insupportables ou bien l'exacerbation des phénomènes hystériques chez les femmes prédisposées.

Communication.

Pyo-salpingite avec perforation de la vessie; laparotomie, suture vésicale. Guérison, par le professeur A. Reverdin (de Genève), correspondant. (Observation résumée.)

Femme de 33 ans, vaginite en 1882, tumeur liquide dans la fosse iliaque gauche en avril 1888. Ponction exploratrice au-dessus du ligament de Poupart; ponction avec un gros trocart par le cul-de-sac vaginal, écoulement de pus fétide. Lavages boriqués. La fièvre persistant, débridement au bistouri. Le sixième jour, par le vagin, hémorrhagie violente arrêtée par la forci-pressure, difficilement, pinces à demeure. Fièvre violente, tension du ventre. Le huitième jour, incision de la paroi au-dessus du ligament de Fallope, fluctuation vague ; issue de pus fétide, gazeux, puis d'urine. La sonde montre une large perforation de la vessie en haut et à gauche due à l'action ulcératrice du pus. Laparotomie médiane. Suture de la vessie à la paroi abdominale, la perforation étant amenée au dehors; drainage de toutes les cavités et de la vessie par l'urèthre. Lavages boriqués. Après quelques jours de collapsus, la situation s'améliore. Les drains sont peu à peu supprimés et l'urine reprend son cours normal; mais une petite fistule vaginale persiste et donne du pus.

Le point intéressant est l'ouverture dans la vessie de l'abcès de la

trompe. Certes, l'ablation de celle-ci eût été le meilleur traitement, mais les adhérences l'auraient rendue très difficile.

La séance est levée à 5 heures 35 minutes.

Le Secrétaire,
CH. MONOD.

Séance du 26 décembre 1888.

Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *La trepanacion en la epilepsia,* par le Dr ENRIQUE OREILZA, de Triand (Espagne);

3° Le volume Ier, partie médicale, de l'*Histoire médico-chirurgicale de la guerre de la sécession en Amérique.* Don du bureau médical;

4° *Journal and Proceedings of the royal Society of New South Wales,* t. XXII, 1888, 3e partie;

5° M. PRENGRUEBER demande un congé d'un mois pour raison de santé.

A propos du procès-verbal.

1° *Kystes à grains riziformes.*

M. JALAGUIER communique l'observation suivante :

Femme de 50 ans ne présentant comme antécédents morbides qu'une adénopathie cervicale pendant son enfance ; elle vient à l'hôpital

pour se faire traiter d'un kyste à grains riziformes du poignet et de la paume de la main, à droite. Les deux gaines synoviales sont envahies; les douleurs assez vives et les troubles fonctionnels très prononcés.

Opération le 16 avril 1886 : Incision des deux gaines au-dessus et au-dessous du poignet; ligature de l'arcade palmaire superficielle. La gaine du pouce a une paroi extrêmement épaisse, fibreuse; les grains qu'elle renferme sont très nombreux et typiques. La gaine interne en contient quelques-uns, perdus dans une masse de fongosités; la paroi est lardacée et fongueuse. A l'aide de la curette tranchante j'extirpe la plus grande étendue possible de ces parois, en ménageant les tendons. Lavages répétés avec une solution de chlorure de zinc au douzième. Drainage, suture au crin de Florence. Pansement iodoformé.

Le 25 avril, premier pansement: réunion par première intention, ablation des drains et des fils.

Le 10 mai la malade quitte l'hôpital. Il n'y a pas eu de suppuration. Les mouvements des doigts sont très gênés.

Le 25 juillet la malade vient se montrer à l'hôpital: les mouvements des doigts sont absolument libres. Depuis lors, la guérison s'est maintenue; mon collègue et ami A. Gilbert a revu la malade à la fin du mois de novembre 1888; elle est toujours dans l'état le plus satisfaisant.

La recherche des bacilles fut faite dans ces grains par M. le Dr Gilbert qui ne put en découvrir.

L'inoculation sur un cobaye fut pratiquée par M. P. Villemin, cinq heures après l'opération. L'animal fut sacrifié le 11 août 1887: les deux poumons étaient parsemés de tubercules gris, ainsi que le foie et la rate. Tous les ganglions lymphatiques étaient pris, même à distance des points inoculés (tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale): ganglions inguinaux, mésentériques, médiastinaux, axillaires. Tous ces ganglions tuberculeux étaient très volumineux; quelques-uns, notamment ceux du médiastin qui étaient énormes, commençaient à se ramollir au centre.

2° *Traitement des anévrysmes par la ligature au catgut.*

M. Kirmisson. Déjà, dans la séance du 4 janvier de cette année, j'ai eu l'occasion de dire, à propos d'une communication de M. Lucas-Championnière, que j'avais toujours employé le catgut dans la ligature des grosses artères, et que je n'avais eu qu'à m'en féliciter. Aux faits que j'ai précédemment cités, je puis joindre le cas suivant que j'ai recueilli cette année même à l'hôpital Necker, où je remplaçais, pendant les vacances, mon maître, le professeur Guyon.

Observation (résumée). — *Anévrysme diffus de l'artère humérale à la partie supérieure; ouverture du sac et ligature au catgut des deux bouts de l'artère; guérison.*

Homme de 28 ans; anévrysme diffus de l'humérale consécutif à un coup de couteau reçu dans la partie supérieure et externe du bras gauche.

Le 18 septembre 1888, le malade étant endormi, opération par la méthode d'Antyllus. Bien que l'anévrysme, du volume d'une orange, siégeât à peu de distance au-dessous du tendon du grand pectoral, je pus interrompre la circulation à l'aide d'un tube de caoutchouc appliqué dans l'aisselle. Une incision longitudinale est faite sur le trajet de l'humérale; l'aponévrose est incisée, les fibres du biceps sont mises à nu et écartées en haut et en dehors. La poche est largement ouverte et vidée des caillots qu'elle renferme en grande abondance, et dont la plupart sont passifs, quelques-uns actifs. Ne trouvant pas l'artère, je fais lâcher la compression. Guidé par le jet artériel, je découvre l'artère humérale dans la partie inférieure de la plaie, et je la lie avec un catgut. Je cherche ensuite le bout supérieur, et je le lie également au catgut. La compression est lâchée une seconde fois. L'hémorrhagie persiste par une collatérale dont l'orifice aboutit entre les deux ligatures; elle est saisie et liée, l'hémorrhagie est alors définitivement arrêtée. Lavage de la poche à la solution phéniquée forte; sutures de la peau au crin de Florence; drainage; pansement iodoformé. Durée de l'opération, vingt minutes.

Les suites furent très simples. Il y eut un peu de suintement séreux le long du drain; mais point de fièvre. Dès le troisième jour, le pouls radial avait reparu. Le malade fut suivi jusqu'à la fin d'octobre, et l'on put, à ce moment, constater une guérison complète. Les fils de catgut n'ont point été éliminés.

Suite de la discussion sur la pathogénie et le traitement des salpingites.

M. Terrillon. Avant de prendre part à cette discussion, je rappellerai que l'histoire de la salpingo-ovarite ou inflammation des annexes de l'utérus, a déjà été étudiée par moi dans le courant de l'année précédente et de cette année. J'ai lu devant l'Académie de médecine deux mémoires sur ce sujet suivis d'un rapport par M. le professeur Cornil, en 1887. Un certain nombre d'observations ont été publiées dans les *Annales de gynécologie*, 1887 et 1888. Un travail fait en commun avec le professeur Cornil sur l'anatomie pathologique des salpingites, a paru dans les *Archives de physiologie normale et pathologique*, 15 novembre 1887. Ici

même, j'ai présenté un certain nombre de pièces provenant des opérations que j'avais pratiquées. (*Société de chirurgie*, 1887, p. 210 et 346.) Tous ces travaux se trouvent résumés dans deux leçons que j'ai professées à la Salpêtrière, publiées par le *Bulletin médical* en 1887 et qui se trouvent reproduites dans mon recueil de *Leçons de clinique chirurgicale* paru dernièrement. (Doin éditeur, 1888.) Enfin j'ai pratiqué jusqu'à ce jour 32 opérations pour des salpingites variées, dont le résumé sera donné plus loin. Je me crois donc suffisamment autorisé à prendre la parole dans cette discussion engagée devant la Société de chirurgie.

Mon intention n'est pas de discuter à fond cette question, car je ne ferais que répéter ce que j'ai dit à ce sujet, et vous rappeler ce qui est connu par les nombreux auteurs qui ont étudié le sujet. Je me contenterai donc de traiter devant vous quelques points principaux qui me semblent devoir être élucidés plus spécialement et qui ont déjà été envisagés par les orateurs précédents.

Ma communication comprendra trois parties. La première sera consacrée à ma statistique personnelle. Dans la seconde, j'indiquerai mon opinion sur la pathogénie et la marche de cette maladie. Enfin je terminerai dans un troisième chapitre par quelques réflexions, à propos du manuel opératoire en insistant sur les conclusions qu'on peut tirer actuellement de l'étude des salpingites.

I. — *Statistique.*

Les 32 salpingites que j'ai opérées peuvent se diviser en quatre groupes distincts, surtout au point de vue des lésions anatomiques constatées au niveau de la trompe et de l'ovaire. Cette séparation me semble utile, car chacun de ces groupes présente une physionomie qui lui est propre et j'espère vous démontrer plus tard que chacun donne des résultats différents, après l'opération.

Mes opérations comprennent : cinq hémato-salpingites : dix-neuf pyo-salpingites ; six salpingites simples ou catarrhales ; deux salpingites kystiques. Je passerai en revue chacun de ces groupes en insistant sur quelques observations plus intéressantes et plus instructives ; je terminerai en vous parlant d'une classe absolument distincte au point de vue chirurgical. Je veux parler des salpingites accompagnées ou compliquées d'accidents aigus et menaçants du côté du péritoine, c'est-à-dire de *la pelvipéritonite aiguë.*

A. *Hémato-salpingites.* — Ces opérations sont au nombre de cinq. Dans trois cas, les trompes remplies de sang, oblitérées et anhérentes au péritoine furent enlevées en totalité, ainsi que l'ovaire ; les malades ont guéri.

Une seule parmi ces trois observations mérite d'être signalée. La malade a présenté, depuis cette double opération, des pertes revenant à intervalle régulier. Cependant l'ablation des annexes de l'utérus a été pratiquée complètement, puisque les pièces ont été dessinées avec soin et examinées ensuite par M. Cornil. Les règles ont donc persisté chez elle malgré l'extraction complète des deux trompes et des deux ovaires; elles persistent encore actuellement et cependant l'opération a été pratiquée le 7 mars 1887[1]. Ici l'utérus était volumineux et depuis longtemps malade, et son état de maladie suffirait peut-être pour expliquer cette persistance des pertes sanguines. Je livre ce fait à la réflexion de ceux qui croient que la présence de la trompe et de l'ovaire est indispensable à la régularité de la menstruation, car ici il ne peut y avoir de doute sur l'ablation de ces deux annexes, que j'ai faite avec le concours de mon ami le Dr Bouilly. Je vous signalerai un autre fait semblable à propos de pyo-salpingites doubles opérées et guéries.

Les deux autres cas d'hémato-salpingite sont un peu spéciaux et méritent d'attirer un instant votre attention.

Dans le premier, il s'agit d'une jeune fille de 18 ans[2], souffrant dans le ventre depuis l'époque d'apparition de ses règles, vers l'âge de 14 ans. Une tumeur volumineuse occupait le côté droit du bassin et empiétait sur la ligne médiane en immobilisant l'utérus. Elle était fluctuante.

Par une laparotomie médiane, je découvris cette tumeur saillante et en partie libre dans le bassin. Une ponction permet d'extraire 300 grammes de sang noir sirupeux. J'essayai d'enlever cette poche, mais la trouvant trop adhérente au bassin et à l'utérus, je l'ouvris largement. Elle contenait encore 300 grammes de fibrine noire mélangée avec de l'hématine en cristaux. Un nettoyage complet mit à nu la surface tomenteuse de cette poche. Les bords de l'ouverture soudés à la paroi abdominale permirent le drainage de cette trompe. Tout alla bien et la cavité se rétrécit rapidement, mais en restant fistuleuse.

C'est alors que se produisit un phénomène curieux, qui indique bien le rôle de la trompe dans la menstruation. Aux prochaines règles, eut lieu par l'orifice fistuleux une perte de sang abondante. Celle-ci se renouvela à chaque époque menstruelle. Ces règles anormales se sont montrées quinze ou seize fois jusqu'à ce jour, puisque l'opération a eu lieu le 17 juillet 1887. Actuellement cette malade est rentrée dans mon service, la fistule persiste encore, mais elle est sur

[1] Obs. II du Mémoire sur les inflammation de la trompe et de l'ovaire (*Arch. de Gyn.*, 1887).

[2] Obs. II du Mémoire intitulé : *Trois nouvelles observations d'hémato-salpingite et ovarite*, communiqué à l'Académie de médecine, 27 septembre 1887, et publié dans les *Annales de Gynécologie*, 1888.

le point de guérir à la suite d'une cautérisation profonde pratiquée avec le galvano-cautère.

Il est certain que dans ce cas, l'ablation totale de la poche eut été préférable, et aurait évité la persistance de la fistule. Celle-ci est due à la composition de la paroi de la poche qui n'est autre que la muqueuse utérine hypertrophiée, cette paroi muqueuse n'a aucune tendance à se cicatriser. Ce résultat heureux de l'ablation, je l'ai obtenu chez ma dernière malade atteinte[1] d'hémato-salpingite.

Il s'agit de cette femme dont j'ai rapporté l'observation devant l'Académie de médecine. Chez elle les règles se faisaient presque intégralement dans la trompe droite dilatée; depuis deux ans, se formait une tumeur facile à sentir dans le bassin du côté droit, elle avait été prise par plusieurs médecins pour un abcès du ligament large.

Ayant reconnu la fluctuation et diagnostiqué la nature de la tumeur, je la ponctionnai, pendant l'espace de quatre ans, 12 fois par la paroi abdominale ; chaque fois la quantité de sang noir extrait variait de 200 à 400 grammes. La malade était aussitôt soulagée. Mais à la prochaine époque menstruelle, cette cavité se remplissait de nouveau; pendant ce temps, quelques gouttes de sang sortaient par le vagin.

Enfin je me décidai à faire l'opération radicale le 5 novembre 1887. Une trompe épaisse, grosse comme les deux poings, contenant 350 grammes de sang et de la fibrine mélangée d'hématine, fut enlevée en totalité et la malade guérit. La pièce examinée par M. le professeur Cornil montre une hypertrophie énorme et une multiplication étrange des franges de la muqueuse de la trompe dilatée.

B. *Pyo-salpingites.* — Les salpingites purulentes que j'ai eu à traiter chirurgicalement sont au nombre de dix-neuf et se divisent en deux groupes. Les unes furent enlevées en totalité, ordinairement des deux côtés; elles sont les plus nombreuses, car je compte quatorze cas de cette variété.

Les autres, au nombre de cinq, ne pouvant être enlevées à cause de leurs adhérences aux parties voisines et de leurs complications, furent drainées par la voie abdominale, c'est-à-dire après avoir pratiqué la laparotomie. J'ai toujours fait le drainage simple sans passer par le vagin.

Les pyo-salpingites, qui furent enlevées en totalité et sont comme je l'ai dit au nombre de quatorze, étaient particulièrement intéressantes par leur volume variable et par leur origine. Cinq d'entre elles étaient manifestement dues à la blennorrhagie, les

[1] Obs. III du Mémoire cité plus haut.

autres à des fausses couches ou suites de couches. C'est dans cette série que j'ai perdu la seule malade qui soit morte parmi mes trente-deux opérées de salpingite.

Il s'agissait d'une femme de 40 ans, qui avait une affection des organes génitaux depuis huit ans. Du côté droit, existait une poche purulente qui se vidait d'une façon incomplète et intermittente dans le rectum. Je l'opérai le 20 octobre 1888 avec le concours de mon ami, le Dr Routier.

Par une incision médiane, j'arrivai, après avoir repoussé les intestins et l'épiploon adhérents, sur la trompe dilatée et fluctuante. Une ponction donna issue à 350 grammes de pus. J'eus d'abord la pensée de me contenter de pratiquer le drainage, sans essayer d'enlever la poche en entier. Cependant, après quelques essais et trouvant la résistance des adhérences assez faibles dans le fond du bassin, au voisinage du rectum, j'entrepris la décortication. Celle-ci fut longue et difficile, la poche se rompit et j'employai une heure entière pour la séparer de l'utérus. En enlevant le dernier lambeau, j'ouvris une petite poche secondaire purulente, située derrière l'utérus ; elle avait probablement pour origine l'ovaire. Mais il me fut impossible d'enlever cette cavité secondaire que je nettoyai cependant avec soin Le lavage et le drainage du péritoine furent pratiqués aussi abondamment que possible, mais la malade mourut le huitième jour de péritonite.

C'était, comme vous le voyez, un cas complexe, avec opération difficile et étendue, et pour laquelle j'aurais dû me contenter du drainage, opération moins radicale, mais aussi moins dangereuse.

Cinq trompes suppurées, volumineuses, ne furent pas enlevées, mais après une laparotomie médiane, et une ponction suivie d'évacuation, elles furent soudées à l'ouverture abdominale et drainées. Deux de ces cas ont laissé une fistule persistante qui a duré. l'une six mois, l'autre huit mois. Deux de ces observations ont été publiées dans mon mémoire[1] sur l'ouverture des abcès profonds du bassin par la laparotomie. Je montre dans ce travail que l'ouverture des abcès de la trompe par la laparotomie est, dans certains cas, plus facile et plus avantageuse que par les autres voies, ainsi que Lawson Tait et quelques chirurgiens américains nous l'ont enseigné.

A propos de ces faits, permettez-moi de vous signaler le cas d'une malade que j'ai opérée dernièrement, à la Salpêtrière, où elle m'a été adressée, par le Dr Lecoconier.

Elle portait du côté gauche une tumeur fluctuante, très volumineuse,

[1] *Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, p. 367.

occupant le bassin, reconnaissant pour origine une fausse couche déjà ancienne.

Cette tumeur était tellement appliquée contre la paroi abdominale jusqu'à l'ombilic, qu'elle semblait faire partie de cette paroi. Elle formait le plastron abdominal si souvent décrit par les gynécologistes et à propos duquel on a beaucoup discuté. Je me décidai, à cause de cette disposition, à aller directement à la recherche du pus par la partie la plus saillante de la tuméfaction, c'est-à-dire au-dessus de l'arcade de Fallope à gauche. Mais, après avoir incisé la paroi abdominale, je tombai dans la cavité péritonéale qui était intacte, sans adhérences ; je pus, alors, avec ma main introduite dans la cavité péritonéale, examiner la disposition de la partie malade et faire le tour de la tumeur, qui était libre dans le péritoine, excepté vers sa base et derrière le pubis ; c'était bien la trompe dilatée par du liquide. Une ponction donna plus de 900 grammes de pus.

Une exploration attentive me montra qu'il serait dangereux de l'enlever ; je l'ouvris largement et la soudai à la plaie abdominale en établissant un large drainage. Actuellement, la malade va bien et sa fistule suit son cours ordinaire.

La trompe dilatée était donc ici assez volumineuse pour se mettre en contact direct avec la paroi abdominale, sans laisser un espace libre occupé par les intestins et l'épiploon.

Les exemples que je viens de citer prouvent qu'on a quelquefois à choisir entre l'ablation qui peut être dangereuse, mais plus radicale, ou le drainage plus sûr, mais beaucoup plus lent et qui laisse souvent une fistule très rebelle.

C. *Salpingites catarrhales.* — J'ai opéré six malades atteintes de salpingite catarrhale. Dans ces cas, la trompe un peu hypertrophiée, ordinairement oblitérée au niveau de son pavillon avec des franges épaissies, était adhérente aux parties voisines ainsi qu'à l'ovaire, recouvert lui-même de fausses membranes rouges et vasculaires.

Dans ces conditions, la trompe ne contient pas de liquide, sa muqueuse et surtout sa tunique musculaire sont épaissies et hypertrophiées, principalement quand l'inflammation date de longtemps. C'est dans cette variété de salpingite que certains auteurs ont cru à l'intégrité de la trompe. Cependant la présence d'adhérences à sa surface et son union assez intime avec le péritoine ne laissent aucun doute ; l'examen histologique, du reste, permet d'affirmer la nature des lésions, qui existaient toujours dans les trompes que j'ai enlevées.

Dans toutes ces observations, sauf une, j'ai enlevé les deux trompes et les deux ovaires, après les avoir détachés avec plus ou moins de difficulté des parties voisines. Elles occupaient, comme

toutes les salpingites, les sièges les plus variables, le plus souvent à côté de l'utérus, assez bas dans le cul-de-sac de Douglas, mais souvent aussi derrière le pubis ou même accolées vers le bord latéral du détroit supérieur.

Chez une de mes malades, je me suis contenté d'enlever un seul côté et j'ai laissé l'autre en place, mais après avoir déchiré les adhérences faibles, semblables à une toile d'araignée qui la recouvraient et l'unissaient lâchement aux parties voisines. L'opération date du 10 décembre 1888. Le cas est trop récent pour que je puisse savoir si j'ai agi sagement, et si je n'aurais pas mieux fait d'enlever les deux annexes ; mais il s'agissait d'une femme très jeune, âgée de 28 ans à peine, et qui m'avait supplié de ne pas la priver de l'espoir d'avoir un autre enfant.

D. *Kystes de la trompe ou hydro-salpingites.* — Chez deux de mes malades j'ai trouvé des trompes oblitérées, à parois amincies, remplies de liquide transparent et citrin. Autour d'elles existaient des adhérences multiples qui les unissaient à l'ovaire plus ou moins atrophié et aux parois du bassin. Leur volume n'excédait pas celui du doigt.

Il s'agissait de vieilles salpingites, donnant lieu, depuis plusieurs années, à des douleurs vives et tellement violentes, que la dernière malade que j'ai opérée à la Salpêtrière, le 11 décembre 1888, me suppliait depuis plusieurs mois de la débarrasser de ces douleurs ; j'hésitais à l'opérer à cause de l'absence d'autres symptômes graves. Actuellement, elle est guérie et ne souffre plus.

Ces trompes oblitérées et transformées en kyste séreux, mais ayant conservé la forme allongée, bosselée et irrégulière, qu'on a comparée à celle d'une saucisse, paraissent appartenir à un processus chronique déjà ancien, car la maladie remontait toujours à plusieurs années.

Je serais assez disposé à penser qu'il s'agit là d'un liquide primitivement puriforme, dans une salpingite muco-purulente.

E. *Salpingites avec pelvi-péritonite.* — Je viens de passer en revue les différentes opérations que j'ai pratiquées pour des salpingites, mais j'insiste sur cette remarque : toujours ces ablations ont été faites dans une période de calme; les malades étant en ce moment dans un état de bonne santé relative, *en dehors des accidents aigus.* Cependant il existe une autre condition spéciale, dans laquelle l'intervenion est plus rare et ne s'impose pas aussi nettement, au moins d'après les préceptes anciennement adoptés et que la chirurgie moderne a cependant le désir de modifier. Je veux parler de l'intervention chirurgicale pendant la période aiguë de l'inflammation péritonéale ou pendant la *pelvi-péritonite*

aiguë qui accompagne le début d'une salpingite et qui constitue un de ces accidents si fréquents et si souvent renouvelés de cette maladie.

Il s'agit de savoir, en un mot, si dans le cas de pelvipéritonite aiguë, plus ou moins étendue et plus ou moins grave, on doit ouvrir l'abdomen, enlever les organes malades, et traiter chirurgicalement la péritonite.

Je ne vous cacherai pas que cette idée me semble très rationnelle, que rien ne me semble plus logique que d'arrêter ainsi non seulement l'inflammation, mais aussi de supprimer la cause constante des poussées péritonéales, quelquefois mortelles ou qui laissent toujours après elles les traces les plus graves.

Je crois que cette intervention hâtive, urgente, non seulement est indiquée, mais qu'elle doit être entreprise dans un grand nombre de cas. Mon expérience à ce propos n'est pas très grande ; cependant je vais vous rapporter trois faits qui me sont personnels et qui prouvent combien cette intervention peut être utile et combien elle mérite d'être discutée. Des faits semblables ont été publiés à l'étranger et ont donné déjà d'excellents résultats.

Au début de cette année, je fus appelé en consultation par mon ami le Dr Thomas auprès d'une jeune femme âgée de 30 ans. Après une fausse couche datant de quatre ans, elle avait eu des accidents qui avaient provoqué, six mois ensuite, une première poussée de pelvipéritonite. Depuis cette première attaque, cette malade avait tous les symptômes ordinaires de la salpingite double, mais sans grands désordres, lorsqu'elle fut prise brusquement, six jours avant ma visite, d'une poussée violente de péritonite, localisée d'abord au bassin, mais paraissant vouloir se généraliser. L'état était grave, le ventre dur et ballonné dans toute la région sous-ombilicale, le facies altéré ; des vomissements constants, et le pouls filiforme. Le médecin très inquiet me demanda mon avis.

Je n'hésitai pas, en voyant la gravité de ces symptômes, à proposer d'agir le plus tôt possible. Cependant, comme nous étions à une heure avancée de la soirée, je remis au lendemain une nouvelle visite auprès de la malade et les apprêts d'une intervention.

Le lendemain, en arrivant près d'elle, je trouvai une amélioration faible mais assez nette dans les symptômes et je renonçai à une intervention immédiate.

Ceci se passait le 25 mai 1888. La pelvi-péritonite diminua lentement, l'abdomen reprit sa souplesse ; mais la patiente restait maladive, languissante et souffrait cruellement. Aussi je lui proposai l'opération radicale qui fut pratiquée le 7 juillet 1888. Je trouvai les traces de la pelvi-pérétonite étendue qui avait eu lieu quelques semaines auparavant. Il existait des adhérences de l'épiploon et des adhérences entre les anses intestinales que j'eus de la peine à séparer. Enfin, j'enlevai les

deux trompes et les deux ovaires très adhérents dans le fond du bassin. Les trompes étaient oblitérées et remplies de muco-pus.

La malade est actuellement guérie, sauf que chez elle il y a persistance de pertes sanguines assez régulières, malgré l'ablation totale des annexes. Absolument comme chez la malade que je vous ai déja signalée au début de ma communication.

La réflexion qui me frappe à propos de ce cas est la suivante : dans cette circonstance, j'aurais mieux fait d'agir activement et de faire une opération dans la période aiguë.

En même temps, j'aurais enlevé les parties malades et j'aurais aussi arrêté cette phlegmasie extensive du côté du péritoine. — Cela est tellement vrai que la preuve de ce résultat heureux m'est fournie par le cas suivant. Quelque temps après, j'eus l'occasion de pratiquer une laparatomie et d'opérer une double salpingite et avec succès, dans un cas de péritonite aiguë généralisée qui menaçait la vie de la malade à brève échéance.

Le 20 octobre 1888, je fus appelé auprès d'une malade âgée de 35 ans par M. le Dr Dreyfus. Cette femme avait eu, à l'âge de 27 ans, une fausse couche qui avait laissé chez elle des troubles du côté des trompes. Depuis cette époque, elle avait éprouvé quatre attaques de pelvipéritonite grave ; mais celles-ci avaient cédé aux moyens médicaux ordinaires.

Cette fois l'attaque survenue brusquement et sans cause remontait à huit jours. Les phénomènes allaient en s'accentuant et la péritonite, au lieu de se localiser, semblait augmenter progressivement. L'état général était très alarmant, le pouls filiforme et la malade très affaiblie. Je pratiquai, avec l'assentiment du médecin et de la famille, une laparatomie médiane. L'épiploon enflammé et adhérent se présenta aussitôt; je pus le détacher et le refouler. A ce moment je vis sortir une certaine quantité de liquide trouble et rougeâtre, qui était en partie contenu dans des aréoles filamenteuses que je déchirais avec les doigts et qui entouraient les anses intestinales. Je pus avec peine pénétrer dans le fond du bassin et trouvai une trompe gauche grosse comme un pouce, adhérente et recouverte de fausses membranes très saignantes. Elle fut enlevée avec peine. Celle du côté droit était au contraire aplatie, recouverte de tractus anciens et impossibles à déchirer. Je la laissai en place. Un grand lavage avec l'eau bouillie et l'attouchement de toutes ces surfaces avec des éponges imbibées de sublimé permirent de nettoyer le fond du bassin et la plus grande partie des régions malades. Deux gros tubes assurèrent le drainage.

L'opération avait duré une heure. Tout se passa d'une façon parfaite ; la température baissa aussitôt, les vomissements disparurent et la malade s'améliora rapidement.

Après sept jours, j'enlevai les drains qui laissèrent une fistulette celle-ci se ferma en peu de jours. Actuellement la malade est guérie.

Je suis persuadé que, sans mon intervention, cette malade serait morte de sa péritonite extensive.

Enfin je pourrais vous citer un dernier fait dans lequel l'intervention trop tardive n'a pas donné de résultat, malgré tous mes efforts.

Appelé par le Dr Thierry auprès d'une malade atteinte d'une poussée aiguë et subite de péritonite, j'appris que cette malade souffrait depuis dix-sept ans d'une affection des trompes qui avait déjà causé presque chaque année une poussée de pelvi-péritonite.

Cette fois l'inflammation s'était généralisée ou à peu près en quelques jours. Le ventre était ballonné; le facies abdominal très marqué; il y avait des vomissements et surtout une constipation rebelle causée par la compression du rectum par la masse inflammatoire du bassin.

Je vis la malade le 7 novembre, et proposai l'opération de la laparatomie. Il existait, à ce moment, une accalmie dans les phénomènes généraux. Cependant le ventre était entièrement ballonné; une plaque indurée occupait toute la région sous-ombilicale, et l'intestin ne fonctionnait presque pas. L'opération fut refusée, je n'osai insister.

Pendant les jours suivants, les phénomènes généraux s'accentuèrent brusquement, et il survint un peu de pleurésie avec respiration difficile.

Appelé de nouveau le 12 novembre, je n'hésitai pas à proposer de nouveau l'opération qui seule pouvait sauver la malade. Elle fut chloroformisée avec peine, à moitié asphyxiante.

J'ouvris l'abdomen et, après avoir déchiré des adhérences rouges, je pénétrai entre les anses intestinales, en faisant sortir une grande quantité de liquide rougeâtre et louche. Je libérai les intestins et atteignis le fond du bassin où je trouvai deux masses indurées, couvertes de fausses membranes mais très adhérentes et qui étaient composées de la trompe et de l'ovaire. En présence de la difficulté de l'ablation et du peu de résistance de la malade, je me contentai de nettoyer le péritoine et de placer deux gros drains. La suture abdominale fut pratiquée rapidement et la malade reportée dans son lit. Malheureusement l'asphyxie exagérée par le chloroforme augmenta de plus en plus, et elle mourut quelques heures après.

Je suis persuadé qu'une opération plus hâtive, alors que la malade était encore résistante, aurait dû l'arracher à la mort, car cette opération aurait pu arrêter les accidents de la péritonite.

D'après les faits publiés à l'étranger et ceux que j'ai observés, il me semble qu'il y a là une intervention rationnelle, dans le cas de pelvi-péritonite secondaire, grave et avec tendance à la généralisation.

On peut ainsi parer d'emblée à tous les accidents et éviter les péritonites extensives, trop souvent mortelles.

F. *Salpingite avec fibromes ou kystes de l'ovaire.* — J'ajouterai pour terminer que j'ai trouvé cinq fois ainsi que notre collègue M. Terrier, en enlevant des fibromes ou des kystes de l'ovaire et surtout ceux qui sont développés dans le ligament large, des trompes altérées, hypertrophiées et même kystiques.

Mais je ne regarde ces faits que comme des exceptions, qui échappent à notre interprétation. La maladie de la trompe est-elle primitive, secondaire ou indépendante ? Cela est difficile à dire.

Dans un cas, j'ai trouvé deux hémato-salpingites chez une femme à laquelle je désirais enlever les ovaires pour arrêter des hémorrhagies dues à la présence d'un gros corps fibreux. Je n'ai pas noté une symptomatologie qui fut propre à ces altérations de la trompe. Aussi je ne la fais pas entrer dans le cadre de ce travail consacré seulement aux salpingites isolées et constituant à elles seule la maladie principale.

II. — *Pathogénie des salpingites.*

La question de pathogénie mérite d'être discutée. En effet, il me semble que les idées théoriques qui ont présidé à l'étude de cette maladie ont eu une grande influence sur le traitement chirurgical qui lui est actuellement appliqué et tel que nous le discutons maintenant.

L'origine des inflammations de la trompe et de l'ovaire ne laisse chez moi aucun doute. C'est la théorie de la propagation que j'admets sans aucune réserve.

Toute lésion inflammatoire développée primitivement dans l'utérus peut remonter dans la trompe, et s'y localiser en produisant des désordres variables. Mais il est rare qu'elle ne déborde pas par l'ouverture du pavillon pour, de là, gagner le péritoine et provoquer sur cette séreuse des lésions plus ou moins étendues. Ces dernières ne sont pas nécessaires, et peuvent même être considérées comme un accident ou un stade secondaire de la maladie de la trompe. L'ovaire ne participe à la maladie que secondairement, par voisinage, et le plus souvent sa surface seule est atteinte.

Ainsi formulée par Aran, par Leseuvre, Bernutz et ses élèves, et admise généralement à l'étranger, cette conception présente un grand intérêt et surtout un avantage capital. C'est elle en effet qui a conduit Lawson Tait et plusieurs autres chirurgiens à l'opération que nous pratiquons, c'est-à-dire l'ablation des organes altérés.

En effet, il est assez logique de penser que, la trompe et les ovaires malades étant enlevés, le foyer principal de la maladie aura disparu. Ainsi se trouvera détruite la source des douleurs et des

accidents dans le présent ; ainsi se trouvera arrêtée cette série de poussées inflammatoires du côté du péritoine qui sont si fréquentes dans cette maladie. Vous savez, en effet, combien sont nombreuses ces rechutes, ces exacerbations, ces extensions à distance d'une maladie dont le foyer principal existe dans les trompes.

Comme vous voyez, cette explication du développement de la salpingite et de son origine diffère beaucoup de celle qui a été défendue brillamment par l'un de nos collègues dans une des dernières séances. La théorie de la propagation par les lymphatiques, née des anciennes idées qu'on avait sur la pathologie et reprise avec talent par M. Lucas-Championnière à propos des accidents puerpéraux, me semble devoir être abandonnée. Elle ne répond ni aux données générales de la pathologie, ni aux résultats fournis par les investigations de l'anatomie, ni même aux désordres décrits par l'anatomie pathologique. En effet, les lésions trouvées dans la trompe existent toujours, quoi qu'on en ait dit, dans toute l'étendue de cet organe, jusqu'à la cavité utérine. Il est vrai qu'elles sont quelquefois assez minimes pour n'être reconnues que par l'examen microscopique. Plusieurs pièces que j'ai dans ma collection le prouvent abondamment.

Cette théorie de la lymphangite, non seulement je ne l'adopte pas, mais je la considère comme fausse et comme dangereuse.

C'est elle qui a conduit un certain nombre de gynécologistes à admettre cet adéno-phlegmon si souvent diagnostiqué soit dans le bassin, soit derrière le pubis et qui n'a probablement jamais existé. C'est elle qui a fait croire à la présence de ces ganglions introuvables pour l'anatomiste et qui ont toujours été confondus avec la trompe et l'ovaire malades ; il est vrai que le toucher vaginal seul servait à établir le diagnostic qui n'était contrôlé par aucune opération. Je ne connais pas de fait bien probant dans lequel les autopsies aient révélé d'une façon authentique la réalité de cette adénite.

Je le répète à dessein, toutes les fois que le chirurgien est allé à la recherche de parties malades sur le vivant, il a toujours trouvé des lésions plus ou moins accentuées de la trompe et de l'ovaire ; il n'a jamais rencontré cette adénite si facilement démontrée par un toucher vaginal sans contrôle.

Mais ce n'est pas tout ; je considère cette théorie comme dangereuse ; en effet, elle nous éloignerait presque complètement de la thérapeutique chirurgicale actuellement adoptée et devenue si importante. En effet, théoriquement, elle devrait écarter toute idée d'opération si, comme nous l'a affirmé M. Lucas-Championnière, la trompe et l'ovaire ne devaient être que secondairement malades à la suite d'une pelvi-péritonite ou d'une lymphangite. Cela serait surtout vrai, si la petite tumeur qui existe de chaque côté de

l'utérus n'était qu'un ganglion situé sous le péritoine et dans la base du ligament large.

Telle est, esquissée d'une façon générale, mon opinion sur ce sujet; tous les cas que j'ai vus, toutes les recherches que j'ai faites ne me laissent aucun doute sur cette notion de pathogénie qui, comme vous le voyez, est riche en déductions et nous conduit à la chirurgie moderne, laquelle consiste à enlever les organes malades, cause des accidents.

Remarquez enfin, Messieurs, que je mets en dehors du débat les cas *d'infection puerpérale immédiate*, car ceux-ci produisent des désordres différents et souvent complexes. Ici en effet, il faut distinguer deux facteurs; d'une part, une large plaie utérine qui peut être infectée au même titre qu'une plaie d'amputation et donner lieu à des phénomènes d'empoisonnement généraux extrêmement graves; d'autre part, une inflammation primitive ou tardive de la cavité utérine qui peut se propager aux trompes et de là au péritoine et produire des désordres à peu près semblables aux salpingites purulentes d'origine blennorrhagique ou autre. Ces lésions de la trompe et de l'ovaire peuvent ne produire que des accidents locaux et sont susceptibles d'être enlevées par le chirurgien, soit hâtivement, soit tardivement. Elles rentrent donc dans la loi générale.

Un dernier mot en terminant. La fameuse discussion toujours renaissante à propos du phlegmon du ligament large et qui a beaucoup passionné les gynécologistes me semble simple et facile à élucider.

Le tissu cellulaire du ligament large, celui qui entoure le col de l'utérus et les autres organes du bassin s'enflamme souvent secondairement, s'œdématie, se gonfle, comme cela arrive pour le tissu cellulaire qui entoure l'épididyme et qui occupe le scrotum. Mais ce phlegmon est le résultat de l'inflammation primitive des organes qu'entoure ce tissu cellulaire, c'est-à-dire de la trompe au même titre que l'épididymite est la cause primitive de l'induration inflammatoire du scrotum. Quant à la suppuration du ligament large, elle est extrêmement rare; je puis affirmer que les abcès du bassin que j'ai ouverts et enlevés jusqu'à ce jour en assez grand nombre, étaient tous situés dans la trompe ou dans des cavités artificielles environnantes et formées par des adhérences péritonéales, il s'agissait alors d'une pelvi-péritonite suppurée.

Tous les chirurgiens modernes ont fait la même remarque; cependant il n'est pas impossible qu'une suppuration s'établisse dans ce tissu enflammé, mais, loin d'être la règle comme on a voulu le dire, c'est là une exception extrêmement rare; elle ne constituerait qu'un fait secondaire à la suppuration primitive de la trompe.

III

La troisième partie de ma communication est relative à certains faits de pratique indiqués par quelques-uns de ceux qui m'ont précédé dans cette discussion.

Je me permettrai d'abord de ne pas être d'accord avec M. Routier sur la conclusion de son travail.

Il nous dit, en effet, qu'on doit proposer la laparotomie et l'ablation des annexes à toute femme qui présente deux petites masses douloureuses de chaque côté de l'utérus. Cette proposition ainsi formulée me semble excessive, et cela pour deux raisons.

La première est que certaines malades atteintes de cette affection, seulement depuis quelques mois, peuvent être améliorées et même guéries. Tous les auteurs en ont cité des exemples et nombre de gynécologistes ont la prétention de débarrasser les malades de cette affection au moins dans une certaine proportion.

J'ai déjà, pour mon compte, vu trois malades chez lesquelles les lésions bien et dûment diagnostiquées, mais peu anciennes et peu douloureuses paraissent avoir cédé aux soins médicaux. Je parle surtout de certaines salpingites succédant à des fausses couches, ou même à la blennorrhagie. Ordinairement il s'agit là de *salpingite catarrhale.*

Aussi je me suis donné comme règle générale, de ne proposer l'intervention chirurgicale qu'aux femmes qui souffrent depuis longtemps, deux ou trois ans au moins; chez lesquelles la maladie semble invétérée et provoque des troubles généraux sérieux. J'insiste surtout dans les cas où la salpingite a donné lieu à des poussées de pelvi-péritonite répétées, car les rechutes sont fréquentes et dangereuses ; ainsi que je vous en ai cité des exemples. Il va sans dire que toute salpingite suppurée, quand on peut la diagnostiquer, doit être traitée autant que possible chirurgicalement.

Enfin, pour les salpingites simples, on peut tenir compte aussi de la position sociale de la malade. Il en est de cette maladie non toujours mortelle, comme de certains fibromes douloureux qui peuvent être supportés sans trop de difficultés par des femmes de la bourgeoisie, mais deviennent une cause permanente de douleurs et de maladies chez les femmes du peuple.

Permettez-moi à ce sujet, de vous signaler une petite statistique qui m'est personnelle. J'ai fait le relevé assez exact des malades chez lesquelles j'ai diagnostiqué, avec autant de précision que possible, des salpingites ordinairement doubles; elles sont au nombre de soixante-seize. Chez vingt-huit de ces malades j'ai déconseillé l'opération au moins actuellement. J'en ai opéré trente-deux, et les

autres, au nombre de seize auxquelles j'ai proposé l'opération avec plus ou moins d'insistance ne l'ont pas acceptée ; mais elles viendront probablement la demander dans quelque temps. Telle est ma ligne de conduite clairement indiquée par ce résumé de mes examens spéciaux; je n'ai aucune raison pour m'en départir jusqu'à présent.

Une seconde objection beaucoup plus sérieuse peut être faite à la conclusion de M. Routier. Elle est relative à la gravité de l'opération et à la mortalité. Sur dix opérées, il a eu deux morts, ce qui constitue une mortalité de 20 0/0. Or proposer une telle opération et dans de semblables conditions à toute femme atteinte de salpingite, à quelque degré qu'elle soit, me semble exagéré. Je suis moins radical, et cependant ma statistique opératoire est certainement plus encourageante. J'ai opéré trente-deux salpingites et je n'ai eu qu'une mort; c'était une salpingite suppurée dont je vous ai déjà parlé et dont l'ablation fut particulièrement difficile; j'aurais dû me contenter de drainer.

Les statistiques de nos collègues, celles de MM. Lucas-Championnière et Terrier, celle présentée ici même par M. Bouilly dans le cours de cette année, sont plus encourageantes et permettraient d'être plus aventureux. Malgré cela, il s'agit toujours d'une opération grave, surtout lorsque les lésions sont anciennes et étendues, et je ne la conseillerai que dans les cas bien nets et bien déterminés, dans lesquels elle me semble absolument nécessaire.

Je ne m'étendrai pas sur le manuel opératoire qui est bien connu actuellement et qui consiste à enlever autant que possible les parties malades et à détruire les adhérences péritonéales. Je ne veux parler que d'un point de pratique spéciale qui mérite de nous arrêter un instant.

Après la ligature placée sur la corne utérine, c'est-à-dire sur la partie qui unit l'utérus aux annexes malades, je pratique la section avec le thermo-cautère.

L'emploi du fer rouge a été recommandé par la plupart des chirurgiens étrangers et je l'emploie moi-même presque toujours. Mais il s'agit de savoir dans quel but ce mode de section est employé et quels sont ici ses avantages. Pour moi, le fer rouge présente l'immense avantage de détruire toutes les matières nuisibles qui peuvent tomber dans le péritoine au moment de l'ouverture de la cavité de la trompe. Avec lui on peut cautériser profondément non seulement la surface du moignon, mais aussi, et j'insiste sur ce détail, la lumière du canal de la trompe dont il reste toujours un petit fragment au delà de la ligature.

Cette pratique me semble absolument indispensable dans le cas de salpingite purulente ou puriforme. Il est facile de comprendre

que cette petite portion de la trompe contaminée, qui se trouve directement en rapport avec la cavité péritonéale, doit provoquer des accidents soit primitifs, soit tardifs. Je crois être certain qu'une de mes malades a eu quelques accidents, parce que j'avais négligé chez elle cette précaution.

Quant à admettre que cette cautérisation du moignon a pour effet de le gonfler et d'empêcher ainsi la ligature de s'échapper, cela me semble absolument inadmissible, car cette cautérisation légère ne produit aucun gonflement appréciable à l'extrémité du moignon.

Dans un cas, malgré l'application d'une ligature très serrée avec cautérisation du moignon au thermo-cautère, j'ai vu survenir, au moment de la rentrée du pédicule, une hémorrhagie qui fut heureusement arrêtée par une ligature supplémentaire. Aussi je n'hésite pas, dans tous les cas, à faire sur le pédicule non seulement la ligature double en chaîne, devenue classique ou le nœud recommandé par Lawson Tait, mais à consolider celle-ci par une ligature simple et totale, superposée.

Cette pratique, recommandée déjà par plusieurs chirurgiens, est particulièrement utile lorsque le pédicule est étalé, ligamenteux et assez large.

Quant au drainage précédé du lavage du bassin, je l'emploie hardiment dans tous les cas compliqués, après une décortication très étendue. Je l'ai pratiqué quatorze fois et sans avoir eu lieu de m'en repentir.

Il me resterait encore à étudier un dernier chapitre, et certainement le plus important. Je veux parler des résultats éloignés de l'opération.

Je voudrais pouvoir vous donner un tableau complet de mes malades, vous dire ce qu'elles sont devenues, quelles sont celles qui ont été soulagées immédiatement et celles qui ont vu leur guérison retardée pendant plusieurs mois. C'est bien là la question la plus intéressante qui resterait à discuter. Elle a été en grande partie ébauchée par les chirurgiens étrangers, je parle de ceux qui ont publié des statistiques tardives. En France, on a signalé surtout les succès opératoires ; mais, dans la plupart des communications, on n'a pas insisté sur les suites éloignées, sauf peut-être dans quelques observations publiées par MM. Bouilly, Terrier et par moi. Malheureusement la plupart des cas que j'ai opérés sont encore trop récents ; il me serait impossible de vous donner un tableau d'ensemble sur les résultats éloignés de mes trente-deux opérations.

Je préfère donc attendre encore quelques mois, et ce n'est qu'à ce moment que je pourrai donner des détails réellement impor-

tants. Je terminerai seulement en vous disant quelle est mon impression générale.

Toutes les salpingites simples, catarrhales ou hémorrhagiques, quel que soit leur volume, lorsqu'on peut les enlever en totalité, donnent des résultats immédiats ou tardifs excellents, et ne laissent pour ainsi dire aucune trace après l'opération chirurgicale. Pour les salpingites purulentes, surtout quand elles sont anciennes, les résultats sont moins rapides et la guérison définitive souvent tardive.

M. Trélat. Le peu de temps dont je dispose en cette fin de séance, m'oblige à résumer brièvement les considérations que je désirais vous présenter.

D'une façon générale, je partage les idées qui ont été développées sous des formes diverses, par MM. Quénu, Terrier, Terrillon.

Pour ce qui est, par exemple, de l'*anatomie pathologique* des lésions dont nous discutons la nature et le traitement, je crois avec mes collègues, que le phlegmon du ligament large, tel qu'il a été longtemps compris, est infiniment rare. J'admets que, dans la plupart des cas, alors même que l'on constate l'existence des signes classiques de l'affection, l'incision conduit, comme dans les deux cas que nous a cités M. Terrillon, non dans un foyer purulent, mais en pleine cavité péritonéale.

Il m'est arrivé deux fois cependant — il est vrai qu'il s'agissait d'abcès d'origine puerpérale — d'ouvrir de véritables collections purulentes para-utérines ; abordables l'une et l'autre par des incisions ne sortant pas des couches cutanées et sous-péritonéales ; très réellement situées, par conséquent, en dehors du péritoine.

Je donne aux cas de ce genre, le nom de *foyers de paramétrite purulente* ou *abcès paramétritiques.*

Ce qu'il y a de bien remarquable dans ces faits, c'est la rapidité de la guérison. La cavité est ouverte, lavée, drainée et revient en quelques jours sur elle-même. Tout se passe avec une simplicité merveilleuse comme dans un abcès chaud ordinaire.

Mais, je le répète, je n'ai observé de faits pareils que deux fois depuis cinq ans, une fois en ville, une fois à l'hôpital. Ce sont donc des cas absolument exceptionnels.

Il n'en reste pas moins que voilà une première variété de foyers purulents péri-utérins qui échappe à l'étiologie généralement adoptée.

Il existe une seconde série de cas que je désignerai sous le nom de *cas complexes.* Ce sont des collections purulentes du petit bassin, à foyers multiples, s'accompagnant de fistules rectales vaginales, de fistules ombilicales, plus rarement de fistules ingui-

nales, pouvant donner lieu à des accidents graves, très graves parfois. Deux fois, j'ai eu occasion, en semblable circonstance, de faire des autopsies attentives, qui ne m'ont qu'insuffisamment éclairé sur l'origine des lésions constatées. On trouve, autour de l'utérus et du rectum, des clapiers et des fistules multiples, de véritables galeries purulentes occupant la cavité du petit bassin. De quoi s'agit-il exactement ici ? Faute d'un mot meilleur, je dis : *cellulite pelvienne*. Je crois volontiers que ces cas se relient plus ou moins directement aux salpingites et aux pelvi-péritonites anciennes.

J'arrive enfin à une troisième catégorie de faits, aux *salpingites proprement dites*. Je ferai remarquer en passant, à notre collègue M. Lucas-Championnière que ce mot n'est employé que par abréviation, et pour la plus grande commodité du langage. Il faudrait, pour être exact, pour désigner toutes les lésions ici visées, dire : *métro-salpingo-ovario-péritonite*, puisque l'utérus, les trompes, l'ovaire et le péritoine peuvent être à la fois malades. Nous nous servons, pour simplifier, du mot *salpingite* qui s'applique à cet ensemble, sans oublier pour cela que tous les traits du tableau ne sont pas toujours également marqués.

Ceci admis, il faut bien reconnaître que c'est dans la vaste classe des *salpingites*, qu'il faut ranger la grande majorité des suppurations du petit bassin.

Je n'insiste pas sur leur origine. Je les crois dues à la propagation, aux annexes et au péritoine, de l'inflammation venue de l'utérus. Je ne pourrais à cet égard que reprendre l'argumentation de M. Quénu dont j'accepte absolument la manière de voir.

Je veux cependant relever une des objections faites par M. Lucas-Championnière à la théorie que nous adoptons. Il nie la propagation inflammatoire, parce qu'il arrive souvent que l'on trouve l'orifice interne de la trompe absolument sain. L'argument est insuffisant. Niera-t-on l'extension de l'inflammation de la muqueuse nasale aux bronches, parce que le larynx et la trachée paraissent indemnes ? celle de la muqueuse uréthrale à l'épididyme parce que le canal déférent est intact ? ou bien encore celle de la vessie au rein, parce qu'il n'y a pas d'urétérite évidente ?

Je ne reproduis pas les réfutations plus directes qui ont été faites des idées de M. Lucas-Championnière. Tout cela a été examiné de près et je passe.

Je mentionne cependant pour mémoire que, dans toutes ces salpingites, on constate à l'examen anatomique des trompes malades, des lésions des tissus propres de l'organe, lésions de l'épithélium, lésions du chorion muqueux, du tissu sous-muqueux, etc., qui sont caractéristiques et attestent que la trompe est vraiment elle-même malade, qu'elle a été le chemin pathologique ayant servi au

transport des produits infectieux provenant de la cavité utérine.

L'étude de la marche de l'affection est, à ce point de vue, bien intéressante et singulièrement instructive.

J'ai pu, pour une récente leçon faite à l'hôpital, grouper, pour l'enseignement des élèves, toute la série des lésions dont il est ici question, depuis la simple métrite avec douleur salpingienne, jusqu'aux vieilles adhérences de pelvi-péritonite chronique, en passant par la métrite avec tumeur salpingienne douloureuse, la salpingite vraie, simple ou double, catarrhale ou suppurée. Toutes ces malades souffraient les unes depuis six ou sept ans, les autres depuis un ou deux ans, aucune depuis moins d'un an.

Quand on étudie avec soin cette évolution de la maladie, des périodes diverses qui conduisent de l'endométrite infectieuse jusqu'aux lésions des trompes et du péritoine, il est impossible de ne pas admettre la vérité de la théorie pathogénique à laquelle se sont ralliés la plupart de ceux de nos collègues qui ont jusqu'ici pris la parole.

Un mot sur le *diagnostic* de l'affection. Je ne partage pas, sur ce point non plus, le sentiment de M. Lucas-Championnière. Je ne crois pas que ce diagnostic soit aussi facile à poser qu'il veut bien le dire. Pour moi, je ne sais le faire que depuis trois ou quatre ans. Le simple palper abdominal n'y suffit pas. Certes il suffirait, lorsque la tumeur est saillante et vient proéminer jusque derrière la paroi abdominale. Mais lorsqu'elle est petite, du volume d'une noix ou d'une grosse noisette, cachée sur les côtés et en arrière de l'utérus, tombée et fixée dans le cul-de-sac de Douglas, ce n'est pas trop d'un palper profond, pénétrant, combiné avec un toucher vaginal soigné, fait de préférence avec deux doigts, d'une *saisie*, permettez-moi l'expression, de tout le bassin pour parvenir à découvrir la lésion qui se dérobe.

Bien souvent, en pareil cas, la chloroformisation sera utile pour arriver à des notions certaines.

Or, M. Terrillon le disait très justement tout à l'heure, comment, sans un diagnostic local complet, pourra-t-on se former une conviction opératoire ; comment, à moins d'un diagnostic précis, conclure à la nécessité d'une intervention?

A ce prix seul, les indications pourront être vraiment et utilement posées. Ces indications quelles sont-elles? C'est d'abord la longueur même de la maladie ; c'est encore une douleur vive revenant par accès ou par poussées, résistant d'ailleurs à toute tentative rationnelle du traitement; c'est enfin l'existence d'une tumeur locale siégeant sur les côtés et en arrière de l'utérus.

Lorsque ces conditions sont réunies, il est permis de songer à une opération. Mais cela ne suffit pas encore.

Y en a-t-il assez pour motiver une opération exploratrice ? Oui, certes, lorsqu'à ces phénomènes locaux se joignent des accidents graves mettant la vie de ce malade en danger. En pareil cas, l'opération est entreprise d'urgence et pour parer à un péril immédiat et pressant. Il pourra, d'ailleurs, arriver, comme dans une des observations de M. Terrillon, — où il s'est trouvé qu'il s'agissait de péritonite plutôt que de salpingite — que la laparotomie ne sera pas simplement exploratrice, mais réellement curative.

De telles circonstances sont exceptionnelles. En thèse générale, il faut, pour agir, attendre l'apparition des accès fébriles répétés indiquant la présence ou la formation du pus.

En d'autres termes, les pyosalpingites doivent toujours être opérées, les autres peuvent ne pas l'être.

Un fait que j'ai récemment observé illustrera utilement certains points de cette argumentation. Il s'agit d'une jeune femme, qui, depuis six ans, souffrait presque constamment du ventre et particulièrement aux époques des règles. Elle souffrait avant de se marier. Depuis son mariage, les douleurs avaient été en augmentant au point de devenir un véritable supplice. Je l'examinai ; le ventre est souple, les parois minces ; je constate aisément ce qui suit : métrite évidente et, de plus, double salpingite ; je sentais, de chaque côté de l'utérus, une tumeur du volume d'une grosse noix, très sensible au toucher, de siège et de forme caractéristiques. Le diagnostic bien établi, la marche à suivre pour le traitement en découlait aisément. Je projetais bien de guérir d'abord la métrite, mais j'étais convaincu qu'il faudrait en venir à l'extirpation d'annexes depuis si longtemps malades. Or, il est arrivé que le traitement de la métrite seule a suffi pour faire disparaître toute autre manifestation pathologique voisine. Lorsque, un mois plus tard, je l'examinai de nouveau, je ne retrouvai plus les tumeurs salpingiennes, dont l'existence avait été cependant incontestable ; c'est à peine si, à gauche, on percevait encore un petit noyau gros comme un pois et absolument indolent.

Ce fait établit donc, et l'utilité du diagnostic précis pour instituer un traitement opportun, et la nécessité de ne pas trop se hâter de procéder à une intervention opératoire, qui pourra parfois être évitée.

En résumé, pour ce qui est de l'*étiologie* des salpingites, qui représentent la grande majorité des suppurations du petit bassin, vous voyez que je partage absolument l'avis des orateurs qui m'ont précédé.

Le *diagnostic* local de l'affection doit être fait avec grand soin ; on ne saurait, pour arriver à le poser avec précision, trop multiplier les précautions et les manœuvres.

Ce diagnostic est, en effet, la base indispensable de la détermination des *indications* opératoires. Ces indications elles-mêmes doivent être posées avec certitude et netteté, tant au point de vue de l'institution de l'opération qu'à celui du moment où il convient d'agir.

Il n'est pas douteux qu'il n'existe un bon nombre de cas de salpingites catarrhales opérées qui auraient pu ne pas l'être ; mais il en est beaucoup aussi qui, respectées, s'aggravent au point de devenir inopérables. Le point difficile est de parvenir à saisir ce moment opportun ; d'arriver à ne pas agir trop tôt, sans indications certaines, autorisant pleinement l'intervention, ni trop tard, alors que des désordres étendus et profonds rendent l'opération impossible ou périlleuse.

Présentation d'instrument.

Pince à polypes laryngiens.

M. Ruault présente une pince à polypes laryngiens, qui a été construite sur ses dessins par M. Mathieu. C'est une pince coupante, montée sur un manche à levier, et dont les mors s'écartent parallèlement, dans la direction antéro-postérieure. Sur le même manche peuvent également se monter des pinces à cuillers tranchantes destinées à l'ablation des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Ces pinces s'ouvrent aussi dans la direction antéro-postérieure, ce qui permet de saisir avec facilité, et sans crainte de léser les parties saines, les végétations implantées très près de l'orifice postérieur des fosses nasales.

Élections du bureau pour 1889.

Président.

Nombre de votants, 25. — Majorité, 13.

M. Le Dentu est élu par 24 voix.

Vice-Président.

Nombre de votants, 24. — Majorité, 13.

M. Nicaise est élu par 24 voix.

Secrétaires annuels.

M. Pozzi est élu par 21 voix sur 22 votants,

M. Marchand par 11 voix sur 21 votants.

Trésorier et Archiviste.

MM. Schwartz et Terrier sont renouvelés dans leurs fonctions de trésorier et d'archiviste.

La séance est levée à 5 heures 35.

Le Secrétaire,

Ch. Monod.

TABLE DES MATIÈRES

COMMUNICATIONS ORIGINALES

RAPPORTS

PRÉSENTATION DE MALADES

PRÉSENTATION DE PIÈCES

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

LECTURES

CORRESPONDANCE

ACTES DE LA SOCIÉTÉ

NÉCROLOGIE

TABLE ALPHABÉTIQUE

A

B

C

D

E

F

G

H

I

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

TABLE DES AUTEURS.

A

B

C

D

N

O

P

Q

R

S

T

V

W

Y

Le Gérant : G. MASSON

Paris. — Soc. d'Imprimerie PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 48.2.89.